

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1899, à 1 heure*

PAR

Maurice PETITJEAN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

---

DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ L'ENFANT

DANS LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE SA VIE

---

*Président : M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : MM. KIRMISSON, agrégé.*  
*LEJARS et A. BROCA, agrégés.*

---

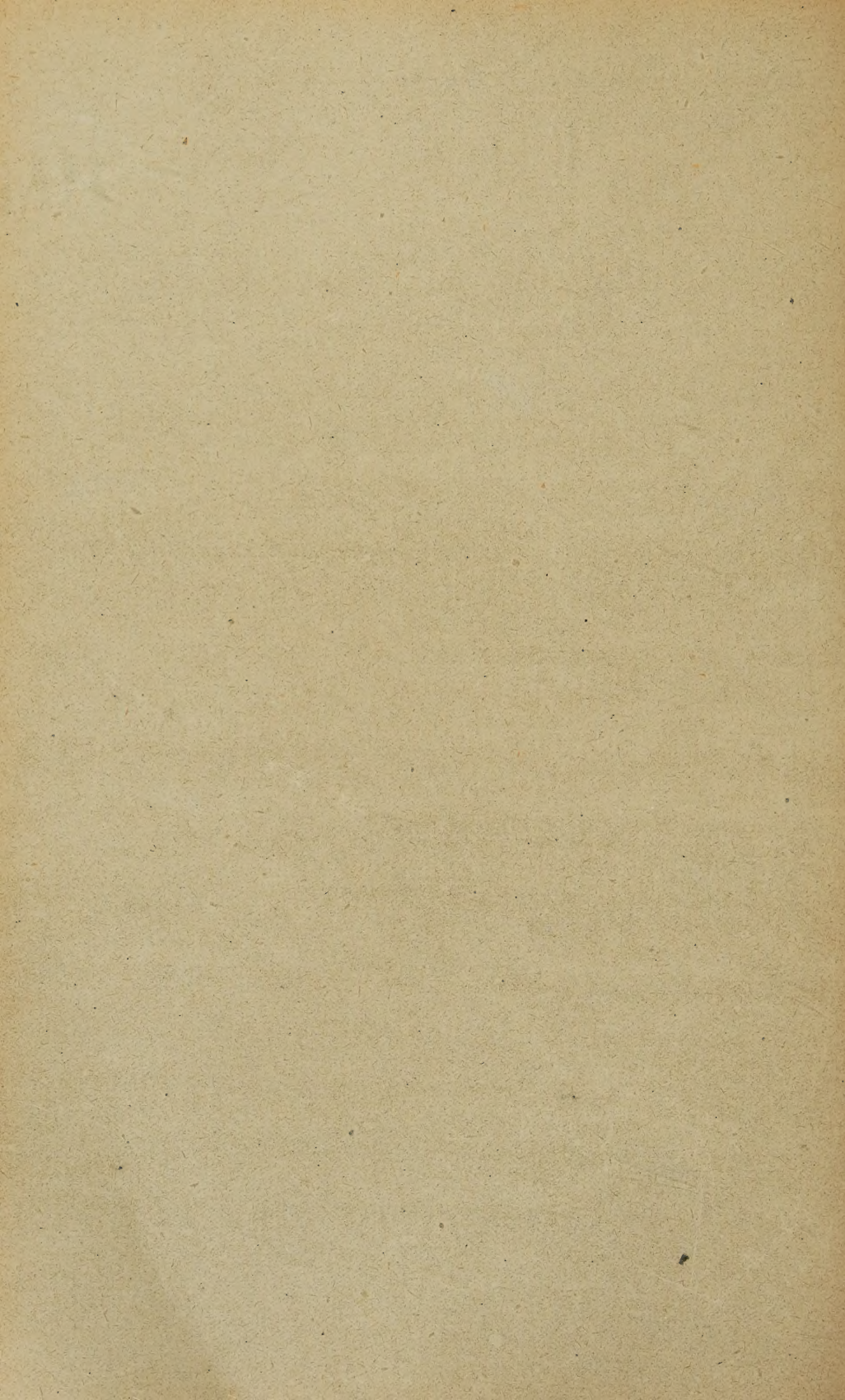
PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1899



Année 1899

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1899, à 1 heure*

PAR

Maurice PETITJEAN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

## DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

### CHEZ L'ENFANT

DANS LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE SA VIE

*Président* : M. TILLAUX, *professeur*.

*Juges* : MM. } KIRMISSON, *agrégé*.  
LEJARS et A. BROCA, *agrégés*.



PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

# UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

|                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs.</b> . . . . .                                          | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                   | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et Matière médicale. . . . .                             | TERRIER.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                      | LANDOUZY.      |
| Médecine légale . . . . .                                              | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | N...           |
| Clinique médicale . . . . .                                            | CHANTEMESSE.   |
| Maladies des enfants. . . . .                                          | POTAIN.        |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . | JACCOUD.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .              | HAYEM.         |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                     | DIEULAFOY.     |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | GRANCHER.      |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                    | FOURNIER.      |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | RAYMOND.       |
|                                                                        | BERGER.        |
|                                                                        | DUPLAY.        |
|                                                                        | LE DENTU.      |
|                                                                        | TILLAUX.       |
|                                                                        | PANAS.         |
|                                                                        | GUYON.         |
|                                                                        | BUDIN.         |
|                                                                        | PINARD.        |

## Agrégés en exercice.

|                |              |            |            |
|----------------|--------------|------------|------------|
| MM.            | DESGREZ.     | LEJARS.    | THIROLOIX. |
| ACHARD.        | DUPRE.       | LEPAGE.    | THOINOT.   |
| ALBARRAN.      | FAURE        | MARFAN.    | VAQUEZ.    |
| ANDRE.         | GAUCHER      | MAUCLAIRE. | VARNIER.   |
| BONNAIRE.      | GILLES DE LA | MENETRIER  | WALLICH.   |
| BROCA (Aug.)   | TOURETTE.    | MERY.      | WALTHER.   |
| BROCA (André). | HARTMANN     | ROGER.     | WIDAL.     |
| CHARRIN.       | LANGLOIS.    | SEBILEAU.  | WURTZ.     |
| CHASSEVANT     | LAUNOIS.     | TEISSIER.  |            |
| P. DELBET.     | LEGUEU.      | THIERY.    |            |

*Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.*  
*Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.*

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

## AVANT-PROPOS

Il nous a paru intéressant d'étudier les particularités, que peut offrir au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, des symptômes, du diagnostic et du traitement la hernie inguinale étranglée dans la première enfance.

Nous faisons donc de cette étude l'objet de notre thèse inaugurale, et dans ce but, nous avons réuni un certain nombre de cas d'étranglement herniaire chez des enfants âgés de moins de deux ans.

Vu le peu de fréquence de la hernie inguinale chez la petite fille, nos recherches ont porté surtout sur des sujets du sexe masculin.

Notre thèse se divise ainsi :

Chapitre I<sup>er</sup>. — Introduction.

Chapitre II. — Etiologie et mécanisme de l'étranglement herniaire dans la première enfance.

Chapitre III. — Agent de l'étranglement.

Chapitre IV. — Anatomie pathologique.

Chapitre V. — Symptomatologie.

Chapitre VI. — Diagnostic.

Chapitre VII. — Pronostic et traitement.

Parmi les observations, que nous citons à la fin de ce travail, les unes sont récentes et inédites, les autres ont déjà été publiées par différents auteurs. Nous avons cru néanmoins devoir les reproduire, soit qu'on y remarque

certaines particularités cliniques ou anatomo-pathologiques, soit que, ayant retrouvé les enfants, qui avaient été l'objet de ces observations, il nous ait été permis de voir quels avaient été les résultats obtenus par un traitement approprié.

C'est notre excellent maître, M. le docteur Porak, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il a bien voulu nous communiquer plusieurs observations et nous aider de ses conseils. Nous l'en remercions vivement. Nous lui sommes également très reconnaissant pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son ancien service d'accouchements, à la Charité, et pour l'enseignement qu'il nous a donné.

Nous exprimons aussi toute notre reconnaissance à M. le docteur Ferrand et à M. le docteur G. Marchant, qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

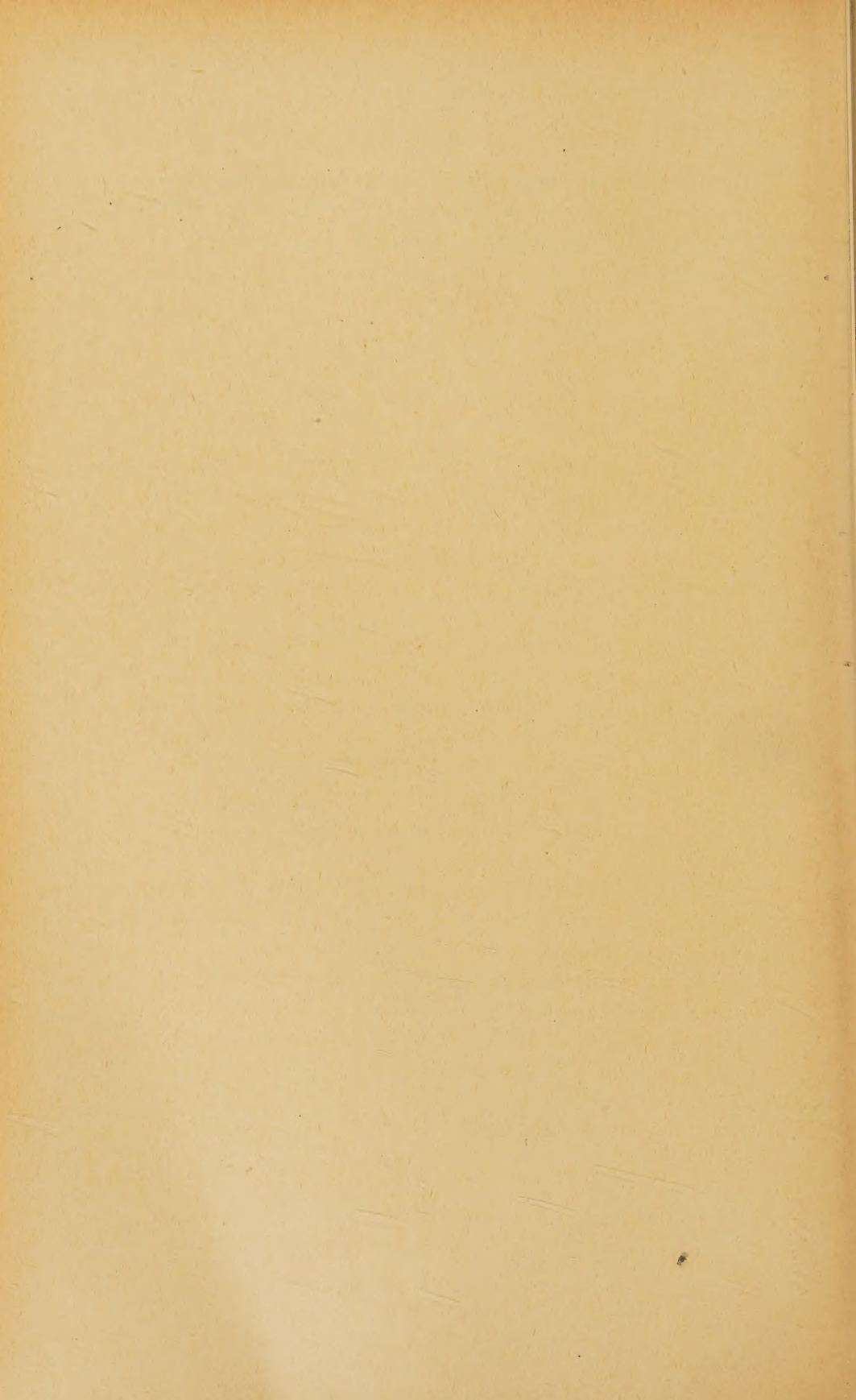
Nous avons passé notre troisième année d'externat à Tenon, dans le service de M. le docteur Le Gendre. Nous exprimons ici toute notre gratitude à notre maître, pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués et pour les leçons qu'il nous a données sans cesse au chevet du malade.

Nous prions nos premiers maîtres, les professeurs de l'École de médecine de Besançon, de recevoir nos respectueux remerciements.

M. le docteur A. Broca a bien voulu nous communiquer un grand nombre d'observations et nous autoriser à les publier. Qu'il reçoive l'expression de toute notre gratitude et de notre reconnaissance la plus sincère.

Nous remercions bien vivement M. le docteur Durante, MM. N. Mauger, Audion et Assicot, internes des hôpitaux qui nous ont aidé dans nos recherches, et qui ont bien voulu nous communiquer des observations.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



## CHAPITRE PREMIER

### INTRODUCTION

Les auteurs s'accordent en général à dire que l'étranglement herniaire, principal accident des hernies chez l'adulte est rare dans le premier âge et que, si toutefois cet accident vient à se produire chez le nourrisson, il est loin d'offrir la même gravité que dans l'adolescence et l'âge mûr.

Gosselin n'avait jamais observé d'accidents d'étranglement chez de tous jeunes enfants. Paul Broca, <sup>+</sup> dans son traité de chirurgie infantile dit que les nourrissons présentent rarement un étranglement véritable ne se réduisant pas par le taxis.

Saint-Germain n'a jamais dû faire la kélotomie chez les jeunes enfants, qu'il a trouvés porteurs de hernies étranglées.

T. Holmes (1) est d'accord avec ces auteurs pour dire que l'étranglement herniaire est en général très rare dans la première enfance.

« Il est extraordinaire, dit-il, de voir combien il est  
« peu fréquent que les hernies viennent à s'étrangler chez  
« les enfants. A l'hôpital de Sick-Children, je ne sache  
« pas que, durant les 13 années qui se sont écoulées depuis

(1) T. HOLMES : *Maladies chirurgicales des enfants*. Trad. de Larcher, 1870.

« la date de la fondation de cet établissement, il ait fallu  
« y pratiquer une opération nécessitée par un pareil acci-  
« dent, et l'on n'a reçu du dehors qu'un petit nombre de  
« hernies à l'état d'étranglement. Personnellement, j'ai  
« été appelé à voir une ou deux fois des faits de ce genre,  
« mais dans chacun d'eux, j'ai réussi à obtenir la réduc-  
« tion avec le secours de la glace et du chloroforme ».

On le voit, tous ces auteurs insistent sur le peu de fréquence de l'étranglement herniaire chez le jeune enfant et ils regardent cet accident comme assez bénin. Ils ne considèrent la hernie étranglée du premier âge que comme momentanément irréductible, et rentrant sous un taxis très léger. En tous cas, ils ne regardent point l'étranglement comme menaçant sévèrement la vitalité des parois de l'intestin.

Tout d'abord, cette opinion paraît rationnelle, jusqu'à un certain point. L'enfant au berceau n'a qu'un faible travail musculaire à produire. Les efforts, qu'il accomplit paraissent, même au moment des cris et de la toux, relativement peu considérables : sous leur action le contenu de la hernie ne semble pas devoir beaucoup augmenter de volume.

De plus, la hernie inguinale du jeune enfant est congénitale. Elle s'est produite au niveau du canal péritoneo-vaginal, et ce conduit est resté peut-être plus ou moins béant après la descente du testicule. Peut-il, dans de telles conditions, se produire un étranglement ?

La publication d'un assez grand nombre de faits, se rapportant à notre question, semble prouver, au contraire, que, si la hernie étranglée est plus rare chez le nourrisson que chez l'adulte, elle est pourtant chez le premier d'une fréquence relative :

Marsh, Féré, Benno Schmidh ont rapporté d'assez nom-

breux cas d'étranglement herniaire chez le jeune enfant.

Dans la thèse de Tariel (1) nous relevons 114 cas de hernies inguinales étranglées chez des sujets âgés de moins de deux ans et, à ces observations, nous joignons d'autres faits plus récents.

Carl Stern, dans un mémoire de 1894, établit que le nombre des hernies inguinales étranglées de l'enfance est à celui des hernies inguinales étranglées des âges plus avancés de la vie, comme 1 est à 8.

Marsh prétend même que l'étranglement herniaire est plus fréquent dans les premiers mois de l'existence que dans la seconde enfance.

Enfin, des divers cas, que nous avons observés, ou que nous rapportons, il résulte que les accidents dûs à l'étranglement herniaire, dans le premier âge, sont loin d'avoir toujours la bénignité que certains auteurs leur accordent. Il est souvent nécessaire d'avoir recours à la kélotomie, pour faire cesser les symptômes graves dont souffre l'enfant :

« Quelquefois, dit M. A. Broca (2) en parlant de cas  
« observés chez des nourrissons, on a la main forcée par  
« des accidents d'étranglement. Il a été pendant long-  
« temps classique de dire que l'étranglement n'offrait  
« jamais de gravité chez l'enfant, que la hernie rentrait  
« toujours, sinon seule du moins sous un taxis insigni-  
« fiant. Cette opinion a notablement changé depuis lors.

« .... J'ai dû opérer des nourrissons chez lesquels avait  
« échoué le taxis sous le chloroforme. J'en ai même guéri  
« un dont l'intestin présentait un point de sphacèle ».

(1) TARIEL : Th. de Paris 1894. *De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant.*

(2) A. BROCA : in *Semaine médicale* du 9 avril 1898.

## CHAPITRE II

### Étiologie et mécanisme de l'étranglement herniaire dans la première enfance.

I. *Étiologie.* — L'étranglement herniaire est l'ensemble des accidents graves qui résultent de la constriction permanente de l'intestin dans un trajet herniaire. — Cette constriction, dit Gosselin, gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction, et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène.

Cette définition ne se rapporte qu'à l'intestin, mais nous verrons, qu'il est d'autres organes qui peuvent être étranglés au niveau d'un trajet herniaire (trompe, ovaire etc.) et la constriction de ces organes cause des troubles spéciaux.

Quelles sont les causes étiologiques des accidents d'étranglement ?

*Age.* — Nous avons vu plus haut que les hernies inguinales étranglées ne sont point rares chez le nourrisson. Ce serait même dans les premiers mois, qu'elles seraient les plus fréquentes. C'était, nous l'avons dit, l'opinion de Marsh. C'est aussi ce que prouve la statistique suivante établie par Meyer et ayant pour objet 105 cas de hernies

inguinales étranglées dans les 12 premiers mois de la vie (1).

| MOIS             | 1 <sup>er</sup> | 2 <sup>e</sup> | 3 <sup>e</sup> | 4 <sup>e</sup> | 5 <sup>e</sup> | 6 <sup>e</sup> | 7 <sup>e</sup> | 8 <sup>e</sup> | 9 <sup>e</sup> | 10 <sup>e</sup> | 11 <sup>e</sup> | 12 <sup>e</sup> | TOTAL |
|------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| Nombre des cas.. | 18              | 17             | 16             | 9              | 5              | 7              | 4              | 6              | 9              | 6               | 3               | 5               | 105   |

Tel est aussi notre avis. Notre statistique, au point de vue de la fréquence des hernies inguinales étranglées, suivant l'âge de l'enfant, a porté sur 120 cas d'étranglement chez des sujets âgés de moins de deux ans. Elle montre, comme la précédente que c'est dans les trois premiers mois que se rencontre le plus souvent cet accident.

Voici, résumés en un tableau, les chiffres que nous avons obtenus pour chaque mois :

| MOIS                 | 1 <sup>er</sup> | 2 <sup>e</sup> | 3 <sup>e</sup> | 4 <sup>e</sup> | 5 <sup>e</sup> | 6 <sup>e</sup> | 7 <sup>e</sup> | 8 <sup>e</sup> | 9 <sup>e</sup> | 10 <sup>e</sup> | 11 <sup>e</sup> | 12 <sup>e</sup> | 13 <sup>e</sup> |
|----------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Nombre des cas ..... | 15              | 17             | 9              | 5              | 5              | 8              | 5              | 3              | 8              | 2               | 1               | 3               | 3               |

| MOIS                 | 14 <sup>e</sup> | 15 <sup>e</sup> | 16 <sup>e</sup> | 17 <sup>e</sup> | 18 <sup>e</sup> | 19 <sup>e</sup> | 20 <sup>e</sup> | 21 <sup>e</sup> | 22 <sup>e</sup> | 23 <sup>e</sup> | 24 <sup>e</sup> | TOTAL |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| Nombre des cas ..... | 6               | 4               | 4               | 3               | 6               | 3               | 1               | 3               | »               | »               | 9               | 120   |

*Sexe.* — La plupart des cas qui ont été rapportés jusqu'à présent et tous ceux que nous avons vus, ont été observés

(1) MEYER — Th. de Göttingue 1897. *Ueber Brucheingklemmung in Kindesalter.*

chez des garçons. Il semble donc que la hernie inguinale s'étrangle plus souvent dans le sexe masculin, que chez la petite fille. Mais on sait que, chez cette dernière, la hernie inguinale est rare. C'est là la cause du petit nombre d'observations d'étranglement herniaire dans le sexe féminin.

*Siège.* — En général, l'étranglement siège plutôt à droite qu'à gauche. — C'est un fait que nous relèverons dans la plupart de nos observations.

Or, la hernie inguinale du nourrisson étant congénitale, cela tient, sans doute, à une disposition anatomique spéciale.

Il résulte des statistiques, que, dans le cas d'oblitération du canal péritonéo-vaginal d'un seul côté, c'est le plus souvent du côté gauche que se fait l'oblitération, et à droite que le canal reste perméable : Sur 22 nouveaux-nés ou fœtus examinés (1) et ayant une oblitération unilatérale du conduit péritonéo-vaginal, 14 fois ce canal a été trouvé perméable du côté droit et 8 fois seulement du côté gauche.

*Conditions dans lesquelles se fait l'étranglement.* — D'ordinaire, l'étranglement se manifeste chez des sujets déjà porteur de hernies, habituellement réductibles. Toutefois, les faits ne sont point rares, où l'on voit les accidents se produire, en même temps qu'apparaît la hernie. Nous rapportons deux observations de cas d'étranglement d'emblée (Obs. VIII et XXV). Tariel, dans sa thèse, en cite dix cas chez des sujets âgés de moins d'un an.

Quant à la cause immédiate de l'étranglement, elle

(1) DURET. Th. d'agrégation 1883. *Variétés rares des hernies inguinales.*

provient surtout d'un effort plus ou moins grand que fait l'enfant et après lequel apparaissent les accidents :

« Les cas les plus fréquents, d'étranglement herniaire, « dit Tariel (1), sont ceux, où, à la suite des cris de l'enfant, d'une quinte de toux, d'un effort plus violent que d'habitude, la hernie, qui jusque-là rentrait facilement, « devient irréductible et s'étrangle brusquement ».

Il est aussi des états pathologiques qui prédisposent à l'étranglement herniaire :

On sait quel rôle joue la misère physiologique dans l'étiologie des hernies. Or, nous avons rencontré plusieurs cas d'étranglement chez des athrepsiques, des sujets malingres, élevés en couveuse, et présentant presque constamment des troubles dyspeptiques.

Notre Observation I a pour objet le cas d'un nourrisson de deux mois et demi, atteint de diarrhée verte presque continuelle, avec alternatives de selles glaireuses et de vomissements. Cet enfant présenta par deux fois des symptômes d'étranglement herniaire. La seconde fois, on dût l'opérer et cela dans des conditions très défavorables.

Nous pouvons donc conclure avec M. le docteur Berger, « que certaines affections gastro-intestinales, particulièrement les diarrhées chroniques, prédisposent jusqu'à un certain point à l'étranglement (2) ».

Comment expliquer cette prédisposition ? Peut-être faut-il voir là l'influence de l'atonie, intestinale, que l'on remarque, chez les nourrissons, dans les diverses affections du tube digestif, atonie, qui fait que l'intestin se laisse facilement dilater par les matières et surtout par

(1) TARIEL : *loc. cit.*

(2) *In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. T. VI.*

les gaz. Une fois engagée dans un trajet herniaire, l'anse intestinale herniée se laisse distendre, devient irréductible et, comme nous le verrons, s'étrangle au niveau du collet du sac.

Enfin, citons pour mémoire un cas de hernie étranglée, qui a été l'objet d'une communication de M. le docteur Latouche, d'Autun, à la Société de Chirurgie, le 18 janvier 1898 et dont la pathogénie est curieuse (1).

Le sujet dont il s'agit, âgé de 33 jours, était porteur d'un kyste du cordon. A la suite de la ponction de ce kyste, une hernie inguinale se produisit brusquement et s'étrangla. L'opération fut faite et fut suivie de guérison.

*Mécanisme de l'étranglement.* — Le mécanisme de l'étranglement ne présente, chez le jeune enfant, aucune particularité. Il est le même que chez l'adulte.

Diverses théories ont été émises par les auteurs pour expliquer ce mécanisme : Nous allons les passer rapidement en revue.

L'élément primitif et important dans l'étranglement des hernies est un phénomène d'ordre purement mécanique : C'est la « constriction que l'intestin éprouve de la part d'un orifice trop étroit » (2).

Comment se fait cette constriction ? L'expérience de O'Beirne semble nous le montrer : Une anse intestinale introduite dans un orifice étroit, fait dans une feuille de carton est insufflée brusquement. Elle devient promptement irréductible.

« Cette expérience, dit M. Jaboulay (3), semble bien

(1) *Revue de Chirurgie*, 1898.

(2) *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus* : *Loc. cit.*

(3) JABOULAY, in *Tr. de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, VII. 593.

« schématiser le mécanisme de l'étranglement herniaire, « l'orifice percé dans le carton pouvant être assimilé à « l'orifice herniaire, et la brusque pression gazeuse déve- « loppée, dans l'anse herniée pouvant être réalisée en cli- « nique, à l'occasion d'un effort quelconque faisant circu- « ler rapidement les liquides intestinaux ».

Mais, d'après M. Jaboulay cette expérience n'est qu'un fait, il faut encore expliquer pourquoi l'oblitération se fait dans le bout supérieur et le bout inférieur de l'anse herniée, et par quel mécanisme elle se produit :

« C'est alors, dit-il, que sont nées les théories classiques ».

D'après W. Busch, et avant lui Scarpa l'avait pensé, l'étranglement se produit par une coudure brusque de l'intestin au niveau d'un des orifices du canal inguinal.

Pour Roser, ce sont les valvules conniventes qui sont la cause de l'obstruction. Sous l'influence du courant intestinal « elles se redresseraient et formeraient une membrane obturatrice (1) ».

Selon Hermann Lossen, il y a dans la hernie étranglée, compression du bout inférieur de l'anse herniée par le bout supérieur dilaté.

En résumé, on peut d'après ces théories conclure que, dans l'étranglement, il faut faire intervenir :

1) L'engouement gazeux, c'est-à-dire l'insufflation de l'anse herniée, accompagnée de l'occlusion au bout inférieur de cette même anse.

2) L'action sur l'anse herniée d'un anneau peu extensible.

M. le docteur Berger ajoute à cela un autre fait, qui complète la théorie de Lossen et qui explique l'obstruc-

(1) JABOULAY. *Loc. cit.*

tion du bout supérieur : C'est l'attraction dans le sac d'une nouvelle portion de mésentère, qui, s'enfonçant, à la manière d'un coin, entre les deux segments supérieur et inférieur de l'intestin, les applique intimement contre le collet du sac.

Mais à ces faits d'ordre purement mécanique, il faut joindre un nouvel élément dans la production de l'étranglement herniaire, c'est « le travail qui s'empare de l'anse » intestinale étranglée et qui rend cet étranglement plus « serré et plus définitif. La constriction engendre des « modifications inflammatoires de l'anse. L'inflammation « elle-même accroît la constriction (1) ».

Chez l'enfant, comme chez l'adulte nous rencontrons ce dernier élément. La paroi de l'anse herniée augmente de volume, le mésentère se gonfle, par suite de la stase sanguine qui se produit dans les vaisseaux de ces organes et tous ces éléments se combinent pour rendre la constriction plus complète.

(1) *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus : Loc. cit.*

### CHAPITRE III

#### Agent de l'étranglement herniaire dans les hernies inguinales de la première enfance

Chez l'adulte, c'est en général au niveau du pédicule de la hernie que se fait l'étranglement. C'est dans la grande majorité des cas, le collet du sac qui est l'agent de la constriction de l'anse intestinale herniée.

C'est, du moins, ce qu'ont démontré les recherches anatomiques de nombreux auteurs, tels que Pott, Arnaud, Scarpa, Dupuytren. Au niveau du collet du sac, la séreuse se plisse, il se forme des adhérences, des brides cicatricielles et un véritable travail de rétraction modulaire.

Chez l'enfant en bas âge, l'agent de l'étranglement est-il le même que chez l'adulte ? Le collet du sac est-il le siège d'un travail de rétraction ? Se forme-t-il, à son niveau, des brides et des anneaux cicatriciels ?

M. Felizet (1), dans son travail sur la hernie inguinale de l'enfance prétend que « si le collet du sac est le siège « des accidents d'étranglement, il n'en est pas certainement l'agent ». Pour lui, les adhérences, les brides, qui se sont formées sont « trop jeunes et trop peu résistantes, pour ne point céder ou se déformer sous les pressions de l'intestin ».

« C'est en dehors du détroit séreux, dit-il, que nous

(1) FÉLIZET : *Les hernies inguinales de l'enfance*.

« devons chercher la cause de la striction. La rapidité de  
« l'explosion, la violence des symptômes et surtout la  
« disparition rapide de l'étranglement par un processus  
« reflexe, tout cela nous porte à croire que c'est de la  
« contraction des muscles petit oblique et transverse sur  
« la boutonnière de l'orifice inguinal interne que provient  
« tout le mal ».

« Nous voici donc ramenés, ajoute-t-il, dans le cadre  
« des hernies infantiles, bien entendu, à la vieille théorie  
« de Dionis et Saviard, qui attribuaient l'étranglement  
« aux anneaux naturels dont Riolan venait de faire la  
« découverte ».

Faut-il admettre cette théorie dans tous les cas, chez le  
nourrisson? Nous ne le pensons point, et notre avis est  
que, chez l'enfant en bas âge, comme à une époque plus  
avancée de la vie, c'est le collet du sac, qui, dans la  
grande majorité des hernies inguinales étranglées, est  
l'agent de l'étranglement.

C'est du reste ce que nous constatons dans un bon  
nombre d'observations (1). C'est beaucoup plus souvent  
le collet du sac que les anneaux inguinaux qui produit la  
constriction de l'intestin hernié.

Une statistique portant sur 75 cas nous donne les résultats suivants :

| AGENTS<br>de<br>l'étranglement | Le<br>COLLET<br>du sac | L'anneau<br>inguinal<br>externe | L'anneau<br>inguinal<br>interne | Diaphrag.<br>funiculo-<br>testiculaire | TOTAL |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|-------|
| Nombre des<br>cas .....        | 56                     | 45                              | 3                               | 1                                      | 75    |

(1) Dans plusieurs de nos observations, nous avons remarqué que le  
collet du sac était extrêmement resserré. (Obs. I, Obs. III).

D'ailleurs, certaines données anatomiques et certains faits cliniques démontrent que, c'est dans la paroi du sac lui-même qu'il faut chercher la cause de la constriction et cela, aussi bien dans le premier âge que chez l'adulte.

Chez l'enfant, la séreuse est, il est vrai, assez élastique, comme le dit M. Felizet. C'est ce qui explique pourquoi le taxis réussit dans un bon nombre de cas. Mais elle peut cependant, comme cela existe dans un âge plus avancé de la vie, présenter des replis, des brides et des adhérences. Certaines observations en font foi (Obs. I).

Le canal vagino-péritonéal n'a pas un calibre partout égal. Il présente des rétrécissements, des diaphragmes très serrés, laissant à peine passer quelquefois l'extrémité d'un crayon. De ces diaphragmes, bien décrits par Ramonède, dans sa thèse inaugurale de 1883 (1), les uns sont incomplets et ont la forme de valvules. D'autres, et en particulier le plus élevé, qui correspond comme siège à l'anneau inguinal interne sont complets et en forme d'iris.

On voit quel rôle ces diaphragmes peuvent jouer dans l'étranglement herniaire, quand une anse intestinale les a, pour ainsi dire, forcés.

De plus, suivant Ramonède, et à l'encontre des anciennes théories sur le rôle des anneaux naturels de Riolan, ceux-ci n'exercent aucune constriction sur le canal séreux péritonéo-vaginal et sur le sac herniaire.

Un corps mousse introduit dans le conduit péritonéo-vaginal et le dilatant au maximum est parfaitement mobile dans le canal inguinal. Il ne subit aucune cons-

(1) RAMONÈDE : Th. de Paris 1883 : Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée.

triction de la part des anneaux fibreux, et celle-ci « est exclusivement le fait de la paroi séreuse » (1).

Si, maintenant, nous mettons en avant certains faits cliniques, nous voyons manifestement que c'est dans le sac que siège l'agent de l'étranglement dans la plupart des cas.

Les accidents peuvent persister, lorsqu'on réduit la hernie étranglée sans ouvrir le sac et sans débrider le collet.

Tariel cite, dans sa thèse, l'observation d'un enfant de 5 semaines, dont la hernie était étranglée depuis seize heures, et qui fut réduite en bloc, après débridement, de l'anneau externe, sans ouverture du sac. Les accidents continuèrent à se manifester et la mort survint.

Dans la même thèse, on trouve l'observation d'une hernie étranglée, dans laquelle, il y avait pincement latéral de l'intestin hernié par un diaphragme funicolo-testiculaire.

Enfin, si l'étranglement était produit par l'action musculaire due à la contraction du petit oblique et du transverse, action invoquée par M. Félizet pour expliquer la cause de l'étranglement chez le nourrisson, les accidents cesseraient toujours avec le relâchement des muscles. La hernie rentrerait soit pendant le sommeil naturel de l'enfant, si, fatigué, ce dernier vient à s'endormir, malgré ses douleurs, soit surtout pendant l'anesthésie chloroformique. Il n'en est rien pourtant, et le taxis, même pratiqué sous le chloroforme, reste souvent impuissant. S'il réussit dans quelques cas, il en est un grand nombre d'autres, où il faut demander à la kélotomie la cessation des symptômes graves dûs à l'étranglement.

Nous pouvons donc conclure, après cet exposé que le

(1) RAMONÈDE. *Loc. cit.*

rôle du collet du sac, comme agent d'étranglement, est d'une importance capitale dans la hernie inguinale étranglée de la première enfance.

L'agent de l'étranglement paraît différent, lorsque l'on a affaire à une hernie inguinale interstitielle. (Obs. XVI). Dans ce cas, il semble que la constriction soit le fait, non plus du collet du sac mais de la paroi du trajet herniaire lui-même, et on ne peut nier que la contraction des muscles (grand et petit obliques — transverse de l'abdomen) ait alors une certaine influence dans la production des accidents.

C'est du reste l'opinion de M. le docteur Tillaux, exposée dans son *Traité d'anatomie topographique*.

Selon M. Tillaux, dans les hernies interstitielles étranglées, les anses herniées se trouvent serrées et pour ainsi dire aplaties entre deux plans contractiles : en avant, une forte aponévrose tendue par la contraction du grand oblique, en arrière, le petit oblique et le transverse.

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique. — Etat des enveloppes. Lésions des parties herniées.

#### I. ÉTAT DES ENVELOPPES

1) *Téguments*. — La peau qui recouvre la région inguinale, lors d'un étranglement herniaire peut n'offrir aucune particularité : Elle a sa coloration habituelle et son aspect normal. Mais, dans certains cas, même avant que des manœuvres de taxis aient été pratiquées, elle est rouge, œdématisée : A l'incision, elle paraît infiltrée. Il n'est pas rare, si des tentatives de réduction ont été faites, que l'on aperçoive des ecchymoses sur les téguments au niveau de la hernie.

2) *Le sac*. — Lorsque le chirurgien arrive sur le sac, en opérant, il le trouve généralement tendu, vascularisé et fluctuant.

Chez le nourrisson, le sac est toujours extrêmement mince et laisse voir par transparence les organes qu'il contient :

« Le sac herniaire des petits enfants, dit Karewski (1), « n'est jamais ferme, épais, mais il se présente sous la « forme d'une membrane étalée, fine comme une toile « d'araignée. »

(1) KAREWSKI. *Deutsche med. Wochenschrift*. 1892.

Incisé, le sac présente d'ordinaire une face interne lisse, mais parfois cette face est rouge, veloutée et saigne au moindre grattage.

A l'ouverture du sac, il s'écoule du liquide de sa cavité. Ce liquide est en général citrin, mais dans certains cas, il peut être rougeâtre, hématique et fétide. Cette dernière particularité n'offre rien de surprenant, car on a reconnu la présence de bactéries dans le liquide du sac (Clado).

La face interne du sac peut présenter des replis, surtout au niveau du collet. Nous avons suffisamment insisté sur ce point dans le chapitre précédent (*Vide sup.*: Agent de l'étranglement) pour ne point y revenir.

Elle peut contracter, même chez l'enfant en bas âge, des adhérences avec les anses intestinales étranglées. Nous avons observé ce fait (Obs. I), mais il est plus rare dans la première enfance que chez l'adulte.

Voyons maintenant quels sont les rapports du sac herniaire :

Nous ne ferons pas ici l'anatomie du canal inguinal et de ses orifices. Remarquons cependant, que chez le jeune enfant, ce canal a une direction plus verticale que chez l'adulte et que son orifice externe ou cutané est situé plus haut par rapport à la symphyse pubienne que dans l'adolescence et l'âge mûr. Tandis que, chez l'adulte, l'anneau externe est situé à 2 ou 3 travers de doigt au dessous du pli courbe qui joint les deux épines iliaques antérieures et supérieures l'une à l'autre, chez le nourrisson, il se trouve sur ce pli lui-même.

La hernie étranglée peut être, soit funiculaire, quand la vaginale est nettement séparée du reste du conduit peritonéo-vaginal, soit testiculaire, quand ce dernier

canal reste perméable sur tout son parcours : Dans ce cas, l'anse herniée arrive au niveau du testicule.

Enfin la hernie peut-être interstitielle, quand seule, la partie du conduit peritonéo-vaginal correspondant au canal inguinal reste perméable. L'étranglement des hernies inguinales de cette espèce est peu fréquent : Nous n'avons pu en rapporter qu'un seul cas (Obs. XVI).

La hernie inguinale du nourrisson siège dans l'enveloppe fibreuse du cordon. Ce dernier organe a donc, chez l'enfant, des connexions intimes avec le sac. C'est ce qui rend parfois l'intervention délicate, car les éléments du cordon spermatique sont extrêmement grêles dans le premier âge : Il est donc nécessaire de bien connaître leur situation la plus habituelle vis-à-vis du sac, pour ne point les blesser dans l'opération de la kélotomie.

Or, les éléments du cordon spermatique (canal déférent, artères et vessies, tissu conjonctif) se rencontrent en arrière du sac ; ils ne sont généralement pas dissociés chez l'enfant, mais réunis au contraire « sous la forme d'un ruban » (1).

Chez la petite fille la hernie inguinale se produit au niveau du canal de Nück. Chez elle le sac a des rapports aussi intimes avec le ligament rond, que, dans le sexe masculin, avec le cordon spermatique. Comme les éléments de ce dernier organe, ceux qui composent le ligament rond, se trouvent rejetés en arrière.

*Contenu du sac herniaire.* — C'est le plus souvent une anse d'intestin grêle que l'on rencontre dans la hernie inguinale étranglée de l'enfant. Il n'est point rare, tout de même d'y voir d'autres portions de l'intestin : le cœcum et l'appendice (Obs. IV. XIII) une partie du colon

(1) RENAULT. Th. de Paris, 1897.

ou de l'S iliaque, quelquefois l'appendice seul (Obs. XVII, XXIII).

Une statistique, portant sur 90 cas de hernies étranglées chez des enfants âgés de moins de deux ans, nous a donné les résultats suivants :

| CONTENU<br>du<br>sac    | Intestin<br>grêle | Cæcum<br>et<br>appendice | Appendice<br>seul | Colon | Trompe<br>et<br>ovaire |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------|------------------------|
| Nombre des<br>cas ..... | 68                | 14                       | 2                 | 3     | 3                      |

L'épiploon se rencontre rarement dans les hernies inguinales étranglées du premier âge, Tariel sur 113 cas ne cite que 3 observations dans lesquelles il signale ce fait (1).

## II. LÉSIONS DES PARTIES HERNIÉES.

1) *Intestin*. — L'anse intestinale que l'on rencontre dans le sac est fort congestionnée. Sa couleur rosée habituelle a fait place à une teinte rouge vineuse et même noire quand l'étranglement dure depuis un certain temps. Cet aspect de l'intestin est dû à la stase sanguine, qui se produit dans les vaisseaux de ses parois.

Au niveau du point où se fait la constriction, on remarque un sillon d'étranglement. Selon Tariel, ce sillon est moins marqué chez l'enfant que chez l'adulte. Mais dans l'autopsie que nous avons pratiquée, nous l'avons trouvé fort accusé (Obs. I).

(1) TARIEL. *Loc. cit.*

En général, chez le nouveau né, l'anse étranglée est peu lésée dans sa structure. Chez le nourrisson on remarque rarement des accidents de perforation, dûs au sphacèle des tuniques qui composent la paroi de l'intestin :

« Les lésions de l'anse intestinale étranglée, dit M. Félizet (1) sont loin de correspondre à la gravité des symptômes, quelle que soit la durée de la crise. Nous voyons même après 48 heures d'étranglement, alors que l'enfant n'a rendu par l'anus ni gaz, ni matières, l'intestin ne présenter aucune des altérations profondes, auxquelles on était en droit de s'attendre, et pouvoir être réduit en toute sécurité ».

Ce fait tient, sans aucun doute, à ce que, chez le jeune enfant, l'agent de la constriction est plus souple que chez l'adulte.

2) *Appendice*. — L'appendice, quand il est rencontré seul, étranglé dans le sac présente des lésions souvent analogues à celles qu'on rencontre dans l'appendice (*appendicite herniaire*) (2).

3) *Ovaire et trompe*. — Quand l'ovaire et la trompe font partie de la hernie étranglée, ils sont comme l'intestin très congestionnés. — La trompe est augmentée de volume, fort œdématiée et d'une teinte rouge très foncée.

L'ovaire est, lui aussi, très vascularisé : Il est parfois presque noir et, à l'intérieur de son parenchyme, se produisent de véritables hémorrhagies.

4) *Testicule et épiddyme*. — Le testicule et l'épididyme peuvent être fréquemment, dans l'étranglement herniaire, le siège de lésions dues comme précédemment à la stase veineuse qui se produit lors de la compression des vaisseaux du cordon au niveau du collet du sac.

(1) FÉLIZET : *Loc. cit.*

(2) *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.*

Le testicule et l'épididyme sont alors très congestionnés. Ils sont durs, violacés. A la coupe de ces organes on remarque qu'ils contiennent du sang extravasé. Cette infiltration sanguine était désignée, par Féré sous le nom « d'apoplexie testiculaire ».

Il peut y avoir aussi hydrocèle vaginale concomitante.

## CHAPITRE V.

### Symptomatologie

Le début de l'étranglement herniaire, dans le premier âge comme chez l'adulte, est le plus souvent brusque. On est en présence d'un nourrisson déjà, porteur d'une hernie. A la suite d'un effort occasionné par la toux ou par des cris, la hernie, habituellement réductible, s'étrangle. Ou bien l'étranglement se fait d'emblée, en même temps qu'apparaît la hernie (*Vide supra* : Etiologie)

Chez le jeune enfant, les symptômes sont alors rapidement graves. Le petit malade qui prenait bien le sein avant que sa hernie ne se fût étranglée, se rejette en arrière et refuse de téter.

Quelques heures après le début de l'étranglement, on remarque déjà de la pâleur du visage, de l'excavation des orbites, du pincement des narines, du ballonnement du ventre.

La hernie étranglée se manifeste alors par des symptômes locaux, des symptômes abdominaux et digestifs et un ensemble de troubles divers, en particulier intenses, dans la première enfance, du côté du système nerveux.

*Symptômes locaux.* — La tumeur formée par la hernie étranglée présente la forme d'une saillie globuleuse ou ovoïde, parfois d'un volume assez considérable.

A la palpation, elle est dure, tendue, rénitente, on ne

perçoit plus d'impulsion au niveau de la partie herniée durant le phénomène de l'effort.

La palpation est de plus douloureuse au niveau de la tumeur car l'enfant crie et contracte ses muscles abdominaux, lorsqu'on l'examine.

La peau du scrotum et de la région inguinale est lisse et tendue, sa structure paraît normale au début des accidents, mais quand ceux-ci ont duré un certain temps, les téguments deviennent rouges et œdématisés (*Vide : Anatomie path.*). On y remarque de grosses veines dilatées, surtout quand la hernie est volumineuse.

Ces phénomènes inflammatoires (tuméfaction, œdème, empâtement) se manifestent très souvent chez le jeune enfant (Obs. I, XIII, XVII, XX, XXIII) et sont plus précoces chez lui que chez l'adulte. Ils peuvent même rendre l'examen très incommode et le diagnostic difficile.

*Symptômes fonctionnels.* — Les symptômes abdominaux et digestifs se groupent en une véritable triade : les vomissements, la constipation, le météorisme. Ces symptômes ne tardent pas à apparaître.

Les *vomissements* surviennent presque dès le début. Ils sont successivement alimentaires, bilieux puis fécaloïdes. Ils sont souvent accompagnés de hoquet et sont comme ce dernier phénomène d'origine réflexe. De là vient leur prompt apparition.

Il est extrêmement rare que les vomissements manquent. Pourtant on a constaté leur absence (Obs. XVII).

Selon M. Felizet, les vomissements fécaloïdes seraient plus rares chez l'enfant que chez l'adulte.

*L'arrêt des matières et des gaz* a une grande importance au point de vue du diagnostic de l'affection qui nous occupe. Il peut être complet, immédiatement après le début de l'étranglement. Mais il ne faut pas oublier

que le bout inférieur de l'intestin peut se vider, même après l'apparition des premiers accidents.

Le *météorisme* apparaît assez rapidement. La paroi de l'abdomen est alors soulevée par les anses intestinales sous-jacentes, et souvent la palpation du ventre est fort douloureuse et provoque des phénomènes de défense musculaire.

*Symptômes généraux.* — A mesure qu'on s'éloigne de la période initiale des accidents et si aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée, l'état général devient de plus en plus mauvais. La face est extrêmement pâle, les traits se grippent davantage, les orbites s'entourent d'un cercle bistré.

La température s'abaisse et tombe au dessous de la normale, tandis que les extrémités se refroidissent et deviennent cyanosées.

En un mot, on est en présence de cet état grave que l'on a appelé : Choléra herniaire.

Si l'on prend alors le pouls du petit malade, on remarque qu'il est très fréquent, petit et dépressible, parfois il peut devenir irrégulier.

La respiration est anxieuse, les mouvements respiratoires ont peu d'amplitude, mais par contre sont d'une fréquence extrême. Il y a souvent de la dyspnée, *sine matière*, comme dans l'urémie. D'autres fois, la gêne respiratoire est due à une congestion pulmonaire ou à une broncho-pneumonie.

Les urines sont rares et peuvent manquer.

Les troubles nerveux sont fort accusés chez l'enfant en bas âge et peuvent apparaître de bonne heure. Le petit malade peut être agité par des convulsions ou au contraire tomber dans un état de dépression voisin du collapsus.

On peut remarquer alors des phénomènes oculo-pupillaires : déviation des globes oculaires, contraction de la pupille, strabisme.

Cet état si grave est-il dû seulement à l'interception des matières fécales dans le conduit intestinal ? Non, il tient à l'infection toujours croissante de l'organisme par les toxines qui s'accumulent sans cesse dans le tube digestif et qui sont résorbées au niveau de la muqueuse intestinale.

Des bactéries peuvent même passer au travers des parois intestinales de l'anse herniée, dans l'intérieur même du sac (Clado) et portées par les lymphatiques dans l'économie, venir infecter différents organes.

*Terminaison.* — L'étranglement herniaire abandonné à lui-même se termine en général toujours par la mort.

La terminaison fatale peut survenir, à la suite de la perforation de l'anse intestinale étranglée, par infection péritonéale et péritonite septique. Mais, le plus souvent, surtout chez l'enfant, la mort est le résultat de l'intoxication générale dont nous parlions plus haut (stercorémie), et le petit malade succombe dans le collapsus.

L'étranglement herniaire peut se terminer, dans des cas assez rares du reste, par la guérison : Il se forme alors un abcès stercoral, puis un anus contre nature et le cours des matières fécales et des gaz est rétabli : Nous ne connaissons qu'un fait de ce genre chez l'enfant : Ce fait a été rapporté par Gooch en 1767. (Th. de Tariel).

Étudions maintenant quelques signes spéciaux propres à certaines hernies inguinales étranglées.

1) *L'étranglement* peut porter sur la portion initiale de l'intestin grêle.

La constipation dans ce cas peut n'apparaître que tardivement.

Il peut de plus, y avoir anurie complète. En voici la

raison : La portion initiale de l'intestin n'étant plus perméable, la plus grande partie du conduit intestinal (bout inférieur) ne reçoit plus aucun liquide, et vide son contenu par l'anus. L'absorption est alors supprimée, l'urine devient rare et manque bientôt complètement.

2) *L'appendice* peut être compris seul dans le sac (appendicite herniaire).

Dans ce cas la tumeur formée par la hernie étranglée est petite, mais par contre très douloureuse.

Le cours des matières et des gaz n'est pas suspendu.

Les vomissements ont lieu d'ordinaire, mais ils manquent parfois (Obs. XVII).

En somme on peut avoir des symptômes analogues à ceux de l'appendicite, hormis la localisation de la douleur, qui dans cette dernière affection siège, on le sait, au point de Mac-Burney.

3) Quand l'ovaire et la trompe constituent seuls le contenu de la hernie étranglée, les selles continuent à se produire, les vomissements existent souvent, la tumeur inguinale est fort sensible à la pression.

4) Quand une hernie inguinale interstitielle vient à s'étrangler, on peut méconnaître l'étranglement, tellement la tumeur formée par le sac et son contenu peut avoir de faibles dimensions (Obs. XVI). L'examen est de plus souvent gêné par un testicule en ectopie.

Mais on est en présence de symptômes importants de hernie étranglée : les vomissements fécaloïdes, la constipation, le météorisme ; et, une inspection attentive de la région inguinale pourra faire découvrir la cause des accidents.

## CHAPITRE VI

### Diagnostic

Chez l'adulte, le diagnostic de l'étranglement herniaire est en général facile. Chez l'enfant en bas âge, au contraire, il est parfois d'une difficulté extrême : Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

« Le diagnostic des accidents, dit M. Berger (1), est « rendu particulièrement difficile (dans la première « enfance) par la présence de troubles des fonctions « gastro-intestinales à cet âge, par les phénomènes généraux graves qui les accompagnent : convulsions, refroidissement rapide, affaiblissement et collapsus et qui « peuvent en imposer pour les symptômes d'un étranglement, enfin par la petitesse et la mobilité des parties, « qui rendent l'examen très incommode. Le testicule, « dont la migration est parfois incomplète, la présence « d'un kyste du cordon peuvent encore multiplier les « causes d'erreur ».

De plus, chez l'enfant, nous ne pouvons nous aider pour faire le diagnostic d'une connaissance exacte de commémoratifs. Dans la plupart des cas ceux-ci nous manquent complètement.

Nous allons passer en revue différents cas, pour lesquels le diagnostic peut devenir hésitant.

(1) *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. Loc. cit.*

1) Parfois, le chirurgien est en présence d'un nourrisson porteur d'une grosse hernie inguinale.

L'enfant vomit, n'a plus de selles et ne rend plus de gaz par l'anus. Cet état dure déjà depuis quelque temps, souvent depuis plusieurs jours, mais n'est point accompagné de symptômes généraux aussi graves que ceux que nous avons décrits au chapitre précédent. La mère de l'enfant raconte que la hernie de celui-ci rentrait habituellement, mais qu'elle est devenue irréductible et que les accidents dont souffre le petit malade ont coïncidé, comme début, avec cette irréductibilité.

A l'examen, on trouve une hernie assez grosse descendant dans les bourses, qui sont dures et tendues à la palpation. La tumeur ainsi formée est souvent douloureuse. Le pédicule de la hernie est volumineux.

On est en présence de cet accident que les auteurs anciens désignaient sous le nom d'engouement et qui est dû à l'accumulation de matières et de gaz dans une anse intestinale herniée.

Dans les faits de ce genre, la hernie se réduit le plus souvent à la suite du taxis, mais parfois en plusieurs temps.

Si le chirurgien fait alors la cure radicale, il remarque que l'orifice herniaire et le canal inguinal sont très larges. Il n'y a donc pas eu étranglement.

Dans certains cas, après quelques accidents, qu'on pouvait attribuer à des symptômes d'étranglement, la hernie rentre d'elle-même.

Tel est le fait suivant (1) :

Un enfant âgé de 10 mois est porteur, depuis sa nais-

(1) Observation de M. N. Mauger, interne des hôpitaux.

sance d'une hernie inguinale gauche d'ordinaire aisément réductible.

Sa mère l'apporte à l'hôpital Tenon, parce que depuis le matin, la hernie ne peut plus être réduite et que l'enfant se plaint et pleure.

Le petit malade n'a pas eu de selles, ni d'émission de gaz depuis le moment où la hernie est devenue irréducible.

La palpation de la tumeur herniaire semble douloureuse.

Le taxis pratiqué doucement ne donne aucun résultat.

M. le docteur Félizet est mandé, mais en attendant son arrivée, on donne à l'enfant un grand bain et on applique en permanence sur la hernie des compresses humides très chaudes, recouvertes de taffetas gommé.

A l'arrivée de M. Félizet, quelque temps après l'entrée, au moment de l'examen, on trouve la hernie entièrement réduite et l'enfant est redevenu gai.

D'autres fois, en présence de symptômes d'étranglement le chirurgien se décide à opérer, mais dès le premier coup de bistouri, avant même le débridement, la hernie rentre spontanément (Félizet). — La hernie peut même se réduire plus tôt, pendant qu'on fait la toilette du champ opératoire sous le chloroforme. C'est ce qui s'est passé dans le cas suivant : (Obs. de M. A. Broca).

Un enfant de 21 mois est porteur d'une hernie inguinale gauche, congénitale, bien maintenue par un bandage.

Un jour on enlève cet appareil pour le nettoyer : la hernie sort et ne peut être rentrée.

Depuis ce moment l'enfant n'a pas eu de selles. — On l'amène à l'hôpital. On constate alors dans l'aîne gauche la présence d'une tumeur renitente de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez douloureuse.

L'enfant a des vomissements, mais son *état général reste bon*.

On fait le diagnostic d'étranglement herniaire et on prépare tout pour la kélotomie. Pendant qu'on lave le champ opératoire sous le chloroforme et dans le décubitus dorsal la hernie se réduit spontanément.

Dans ces différents cas on a affaire non à un étranglement vrai, mais à une irréductibilité passagère et ces pseudo-étranglements ne s'accompagnent pas d'un état général grave.

2<sup>o</sup>) Chez un bon nombre de jeunes sujets, la hernie inguinale se complique d'ectopie testiculaire. Or, le testicule ectopié peut devenir le siège d'inflammation et de lésions diverses dues soit au traumatisme soit à des « troubles « provoqués par l'issue un peu subite d'un testicule « retenu dans le trajet inguinal (1) ». — Dans ce cas, par action réflexe, le testicule enflammé subit une véritable constriction de la part de l'anneau externe, il se trouve incarcéré au niveau de l'orifice cutané du canal inguinal et l'on a affaire, selon le mot de M. Félizet (2), à une « ectopie en souffrance ».

Alors se pose le problème suivant : Les accidents auxquels on assiste sont-ils dûs à une hernie étranglée ou au testicule ectopié enflammé ? Dans certains cas, on a même l'un et l'autre. Mais, voyons comment l'on peut arriver au diagnostic, parfois si difficile.

Supposons une lésion du testicule en ectopie :

Le petit malade est pris subitement d'une douleur très vive, si l'on en juge par les cris qu'il pousse. Les symptômes généraux deviennent rapidement graves. L'enfant

(1) *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus : Loc. cit*

(2) FÉLIZET : *Loc. cit.*

est pâle, il a des sueurs froides, le poulx petit, défaillant. Il est dans un état voisin de la syncope et comme dans l'étranglement herniaire les vomissements ne se font pas attendre. Mais ces vomissements ne sont jamais fécaloïdes, comme dans la hernie étranglée.

L'enfant a le ventre déprimé dans l'ectopie testiculaire compliquée de lésions, tandis que dans l'étranglement il a du ballonnement du ventre.

A la palpation, la douleur est plus vive, la tumeur de l'aîne plus dure dans le premier cas que dans le second.

Les troubles nerveux sont plus accusés et plus précoces dans l'ectopie avec inflammation du testicule.

Mais ces différences sont quelquefois bien difficiles à établir et, comme nous l'avons dit, il peut y avoir étranglement herniaire et ectopie en souffrance. Dans ce cas nous dirons avec Tarnier, que, si le diagnostic est difficile il n'est point nécessaire et que l'indication est toute tracée : opérer le petit malade le plus tôt possible.

3) La hernie étranglée peut être prise parfois chez l'enfant pour une adénite ou un adeno-phlegmon de la région inguinale. Le cas est rare, mais l'erreur a déjà été commise. Tandis que dans certaines inflammations ganglionnaires du pli de l'aîne, divers symptômes (vomissements, douleurs, état général) rappellent, surtout dans le premier âge ceux de l'étranglement, on a, d'autre part, des hernies étranglées, en particulier les grosses hernies du cœcum, qui peuvent en imposer pour un adeno-phlegmon : La peau est rouge tendre, œdématisée. On perçoit parfois une fluctuation profonde.

Le diagnostic peut être alors difficile, témoin ce fait que nous rapportons dans nos observations et où il s'agissait d'un enfant de 18 jours, portant, à son entrée à l'hôpital une petite tumeur douloureuse dans l'aîne droite.

Les téguments qui recouvraient cette tumeur étaient rouges et œdématiés. L'enfant ne présentait pas de signes bien nets en faveur d'un étranglement herniaire, puisque les vomissements étaient absents et que l'expulsion des matières et des gaz se faisait normalement.

Il n'avait non plus ni plaies ni érosions à l'abdomen, aux jambes, au scrotum.

Le diagnostic fut donc laissé hésitant entre un abcès chaud inguinal, d'origine ganglionnaire et une hernie étranglée. L'opération montra que l'on était en présence d'un étranglement herniaire. Le contenu du sac était constitué par l'appendice iléo-cœcal seul (Obs. XVII).

En général, dans les adénites inguinales, en faisant des recherches minutieuses, basées sur des connaissances anatomiques, on peut trouver une excoriation, une petite plaie quelconque comme porte d'entrée du microbe, cause de l'inflammation ganglionnaire et le diagnostic est certain.

En tous cas, si le doute persiste, il ne faut pas hésiter et la conduite à tenir est la même que précédemment. On doit intervenir.

4) Nous ne citerons que pour mémoire le fait suivant, dont le diagnostic ne pouvait être fait qu'au moment de l'opération. (Ce fait est rapporté par Lochwood, in *Centralblatt f. gynæk.* n° 45, 1896).

Une petite fille de 6 mois, atteinte de hernie inguinale, présente subitement des symptômes d'étranglement herniaire.

On opère et on trouve l'ovaire dans le sac herniaire. Il n'y a pas étranglement, mais torsion du pédicule ovarien.

5) L'étranglement se rencontre assez fréquemment, nous l'avons dit, chez de jeunes enfants atteints d'affection des voies digestives. Il est bon, dans ce cas, de ne

point méconnaître les accidents dus à une hernie étranglée et de ne pas les confondre, en la circonstance, avec les troubles désignés sous la dénomination générale d'athrepsie.

L'erreur peut alors être d'autant plus facile à commettre que la hernie peut être plus petite et ainsi passer inaperçue.

Ainsi, nous citons dans nos observations (Obs. XVII) le cas d'un enfant de un mois  $\frac{1}{2}$ , chétif et atteint de gastro-entérite caractérisée par une diarrhée verte presque continuelle. Ce petit malade mourut après avoir eu des vomissements bilieux et fétides pendant trois jours et après avoir présenté des symptômes généraux graves. L'autopsie montra que les accidents étaient dus à une hernie inguinale interstitielle étranglée.

Ce côté spécial du diagnostic de la hernie étranglée chez l'enfant est donc intéressant à étudier. C'est pourquoi nous nous sommes réservé d'en parler dans la dernière partie de ce chapitre.

Nous connaissons les symptômes principaux de l'étranglement herniaire. Ces symptômes se retrouvent jusqu'à un certain point dans l'athrepsie. Dans cette dernière affection, en effet, on remarque souvent des vomissements muqueux et même bilieux. Il existe aussi un état général grave : L'enfant a les traits tirés, les orbites excavées, du pincement des narines. Le visage a « une expression douloureuse » (1).

Souvent les troubles nerveux sont fort marqués. Le petit malade manifeste sa souffrance par des cris fréquents. Il a des convulsions, une agitation désordonnée

(1) E. THIERCELIN in *Traité des maladies de l'enfance de Gran-cher, Comby et Marfan*.

des globes oculaires et même parfois des attaques épileptiformes.

Il y a souvent du refroidissement et de la cyanose des extrémités ; la température peut s'abaisser bien au-dessous de la normale, comme dans le choléra herniaire.

Mais, dans l'athrepsie, il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz, comme dans l'étranglement, mais de la diarrhée. Le ventre n'est point ballonné, mais plutôt flasque. Le pouls, au lieu d'être rapide, a diminué de fréquence.

Ce sont là des signes qui permettront de distinguer les troubles graves, dus aux affections du tube digestif chez le jeune enfant, d'avec les accidents de l'étranglement herniaire. Disons cependant, pour terminer, qu'il est important, en présence d'un enfant athrepsique, présentant des vomissements bilieux et fétides, surtout lorsque les commémoratifs manquent, d'examiner minutieusement la région inguinale. Peut-être trouvera-t-on là, la cause des accidents en constatant la présence d'une hernie étranglée. Et ces accidents, la kélotomie les fera disparaître.

## CHAPITRE VII

### Pronostic et traitement

Nous avons suffisamment insisté plus haut sur l'intensité des symptômes de l'étranglement herniaire dans le premier âge, pour pouvoir dire que cette affection est toujours très grave, à cette époque de la vie.

Nous avons vu que, livrée à elle-même, la hernie étranglée se termine toujours par la mort. Rarement due dans l'enfance, à une péritonite causée par une perforation intestinale, elle est surtout alors, nous l'avons dit, le fait de l'intoxication générale.

Cette intoxication de tout l'organisme, à l'occasion d'un étranglement herniaire, peut produire différents troubles dans l'économie et être le point de départ de diverses complications. L'état de déchéance rapide, qu'on remarque alors chez les jeunes enfants favorise les infections secondaires, même quelquefois après réduction de la hernie étranglée.

Parmi ces complications nous citerons en particulier certaines affections de l'appareil respiratoire, telle que congestion pulmonaire, bronchite capillaire, broncho-pneumonie et même pneumonie.

Meyer, dans sa thèse (1) rapporte plusieurs exemples de faits de ce genre.

(1) MEYER. *Loc. cit.*

Il faut donc, en présence d'un étranglement herniaire chez l'enfant agir et le plus tôt possible.

On obtiendra la réduction de la hernie étranglée et la cessation des accidents soit par le taxis soit par la kélomotomie.

*Taxis.* — Le taxis réussit souvent très bien dans la première enfance. Cela tient à la souplesse de l'agent de l'étranglement et à l'absence presque habituelle d'adhérences à cet âge.

Nous ne donnerons pas ici les règles du taxis.

Disons cependant que chez le nourrisson, il devra être pratiqué avec une extrême douceur. Si les manœuvres de réduction sont sans résultat, sans anesthésie, et si l'état de l'enfant le permet, on pourra donner le chloroforme au petit malade. De très petites doses suffisent pour obtenir une anesthésie rapide (1).

L'action d'un bain chaud, de compresses humides pourront dans certains cas faciliter les tentatives de réduction.

Mais le taxis n'est point toujours une méthode très sûre.

En général, les lésions de l'intestin sont chez l'enfant moins prononcées que chez l'adulte. On ne peut néanmoins être toujours assuré d'une intégrité suffisante des parois intestinales. Le taxis ne permet pas de contrôler l'état des parties herniées.

Il est de plus un moyen infidèle. Il peut ne pas lever la cause de l'étranglement et les symptômes graves continuent à se manifester.

Enfin, les manœuvres de réduction peuvent être la cause d'accidents graves, telle que la rupture du sac, si mince chez le jeune enfant et la péritonite aiguë qui en est la conséquence.

(1) FÉLIZET. *Loc. cit.*

Néanmoins, on devra tenter le taxis, surtout quand la hernie n'est étranglée que depuis quelques heures ; mais, il faudra, comme nous le disions, agir très modérément et ne pas insister en cas de non réussite.

*Kélotomie.* — Si, au contraire, les accidents durent déjà depuis un certain temps, si l'état du petit malade est grave et demande une intervention rapide, si, d'autre part, le taxis a échoué, on fera la kélotomie.

Ici, on n'a pas à hésiter, ni à considérer le jeune âge du sujet, on a la main forcée, et le moindre retard ne peut qu'aggraver les symptômes dus à l'étranglement.

La kélotomie donne du reste, même chez les enfants en bas âge, d'excellents résultats. Les progrès de l'antisepsie permettent d'éviter bien des complications, qui faisaient reculer les anciens chirurgiens. L'on a pu opérer de petits malades peu de jours après leur naissance (2 jours : Woodbury, 8 jours : Dieffenbach, 18 jours : Obs. XXIII).

D'ailleurs, si nous consultons les observations que nous publions, nous trouvons pour 23 kélotomies, 20 guérisons et 3 cas de décès (Troubles gastro-intestinaux ou collapsus).

Nous ne parlerons que très rapidement des règles de la kélotomie :

1) L'incision des téguments sera faite suivant le grand axe de la tumeur herniaire. Elle devra remonter assez haut car l'orifice externe du canal inguinal est assez élevé chez l'enfant. Cette incision comprendra le tissu cellulaire sous-cutané et mettra à jour l'aponévrose du grand oblique, que l'on fendra.

2) La gaine fibreuse commune du cordon sera ouverte.

3) L'opérateur dégagera alors le sac, puis l'ouvrira et fera le débridement du collet.

4) Il examinera alors l'anse intestinale étranglée et verra si elle n'offre pas de lésions. Si l'état de l'intestin est satisfaisant, la réduction sera faite.

5) Le chirurgien disséquera alors le sac ainsi que les éléments du cordon. Il faut avoir soin dans le cours de cette dissection de ne point blesser le canal déférent qui, on le sait, est très grêle chez l'enfant. On fera ensuite la ligature et la résection du sac.

Si l'état de l'intestin n'offre rien de suspect, il faut faire suivre la kélotomie de la cure radicale.

Cette dernière manœuvre opératoire donne de très bons résultats et met l'enfant à l'abri des récidives. C'est ce que nous avons pu constater chez tous les petits opérés, que nous avons revus plusieurs années après l'intervention (V. Observations).

## OBSERVATIONS

---

OBSERVATION I. (Inédite, recueillie par nous dans le service de M. le docteur PORAK). *Hernie inguinale droite étranglée avec ectopie testiculaire chez un enfant athrepsique de 2 m. 1/2.*

A... Charles, né le 16 avril 1899, entre à la Maternité dans le service des Débiles le 17 avril.

Poids initial : 1250 gr., à l'entrée : 1010 gr.

Cet enfant a continuellement des selles vertes et parfois glaireuses et porte une hernie inguinale droite facilement réductible, avec testicule en ectopie du même côté.

L'enfant est placé dans une couveuse.

Le 1<sup>er</sup> mai : P = 1250 gr.

Le 7 : P = 1350 gr.

Du 8 au 11 mai, l'enfant vomit un peu après les tétées, mais son poids augmente cependant.

Le 15 mai. Poids de l'enfant = 1425 gr.

Le 1<sup>er</sup> juin. — — = 1550.

Le 12 juin, la hernie inguinale droite devient irréductible, l'enfant a des vomissements d'abord alimentaires, puis fécaloïdes. Il a le facies grippé. Sa température est de 36°. Son poids qui la veille était de 1600 gr. tombe à 1525 gr. Le taxis opéré dans un bain permet de faire rentrer la hernie.

Du 13 juin au 1<sup>er</sup> juillet 1899, le poids de l'enfant continue à s'accroître.

Le 2 juillet, la hernie devient de nouveau irréductible. L'enfant a une selle verte et a des vomissements alimentaires. T. = 36°4.

3 juillet. L'enfant présente des symptômes d'étranglement herniaire. Il a plusieurs fois des vomissements fécaloïdes. Son facies est grippé. Il a du refroidissement des extrémités.

Kélotomie par M. le docteur Durante. Après une incision de 3 centimètres, on arrive sur un sac rouge violacé dont la surface est libre. On peut le contourner sur les parties latérales, mais en haut, il est fixé sur les bords de l'anneau inguinal externe.

L'intestin trouvé dans le sac est très congestionné et présente des taches ecchymotiques. Le mésentère est congestionné, lui aussi.

L'étranglement est très serré au niveau de l'orifice inguinal externe, admettant à peine une sonde cannelée à côté de l'intestin.

Il y a des adhérences entre l'intestin et le sac.

3 juillet. L'enfant meurt le jour même de l'opération. T. avant la mort = 35°4.

*Autopsie.* — Nous avons pratiqué l'autopsie le 4 juillet 1899. Il n'y a ni péritonite, ni perforation. L'étranglement herniaire a porté sur la portion terminale du jejuno-iléon. Le calibre de l'intestin est très réduit au point où s'est fait l'étranglement. L'anse étranglée a 6 centimètres de longueur.

Le testicule et le canal déférent sont situés en arrière et en dedans du point où était la hernie.

Le collet du sac était entièrement serré.

## OBSERVATION II. (Inédite, recueillie dans le service de M. Félizet).

### *Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie, Guérison.*

G. Paul, âgé de 2 mois, entre le 31 mai 1899, salle Boyer à Tenon, avec des symptômes d'étranglement herniaire.

On constate une hernie droite assez volumineuse. La mère raconte que la hernie rentrait habituellement en totalité, mais que depuis 3 jours elle est irréductible. Depuis ce moment vomissements et suppression des selles.

Il y a un peu de rougeur à la peau.

Le taxis est pratiqué sans résultat. La hernie reste toujours tendue. On fait alors la kélotomie.

Kélotomie. Incision transversale. Le canal déférent est en arrière, les vaisseaux en dehors. Le sac est très mince, un peu vasculaire, renfermant peu de liquide.

A l'intérieur du sac, on trouve une anse d'intestin grêle, rouge sombre et un peu ecchymotique par place.

Le collet est étroit et assez résistant.

On fait la réduction après débridement et on termine l'opération.

Suites opératoires bonnes. Le petit malade sort complètement guéri le 11 juin 1899.

OBSERVATION III. (Inédite, recueillie dans le service de M. le docteur FÉLIZET). — *Hernie inguinale droite étranglée. — Réduction par taxis.*

L. X..., entre à l'hôpital Tenon, salle Boyer, le 20 juin 1899. Il est âgé de 4 mois et porte une hernie inguinale droite peu volumineuse étranglée seulement depuis 2 jours. Deux ou trois vomissements depuis lors. La mère affirme que l'enfant ne rend plus ni matières ni gaz par l'anus.

A l'entrée la hernie est assez tendue et irréductible; cependant après quelques tentatives, on parvient à la réduire en partie.

L'enfant est placé pendant 10 minutes dans un bain suivi d'applications froides sur le scrotum. Le taxis réussit alors à faire rentrer la hernie en totalité.

L'enfant sort le 21 juin, lendemain de son arrivée.

OBSERVATION IV. (Inédite, recueillie par M. AUDION, interne des hôpitaux). — *Hernie inguinale droite étranglée. — Opération. — Guérison.*

Enfant F. Br..., 2 mois  $1/2$ , amené à la Maternité du Port-Royal; dans le service de M. le docteur Porak le 27 septembre 1899.

Cet enfant d'une bonne santé habituelle et qui tétait avidement, devint grognon, refusa le sein le 24 septembre; en même temps on s'aperçut qu'une hernie ombilicale du volume d'un œuf de pigeon avait remplacé une petite pointe herniaire congénitale. Divers bandages furent appliqués en trois jours, parmi lesquels l'un trop serré fit souffrir l'enfant et le fit beaucoup crier. En même temps les trou-

bles intestinaux persistaient, l'appétit manquait, les selles étaient vertes, l'enfant avait des coliques, s'agitait, et faisait constamment des efforts en criant.

Le 26 au soir on lui donna un lavement, puis quelques cuillerées d'un sirop calmant quelconque. Avant minuit il eut pour la première fois des nausées accompagnées de violents efforts, qui aboutirent au vomissement de quelques glaires.

Le 27, à 2 heures du matin, nouveau vomissement, à 4 heures l'enfant tète un peu, puis vomit entièrement le lait ingéré.

La journée se passa ensuite sans vomissement, mais il ne prend rien autre que quelques cuillerées d'une bouillie additionnée de quelques gouttes de cognac. Aucune selle.

A 6 heures du soir l'enfant amené à la Maternité nous est montré, il est très faible et assez agité, le pouls est à 170, la température à 39° ; la hernie ombilicale est bien réduite par un petit appareil de diachylon ; mais dans la région inguinale droite il existe une saillie allongée obliquement et mal limitée, qui se prolonge dans la moitié droite du scrotum et augmente son volume. Les testicules sont au fond des bourses, le droit situé plus bas que le gauche et surmonté par la tumeur ; celle-ci est douloureuse surtout au niveau de l'anneau inguinal et présente à la partie inférieure directement au-dessus du testicule une portion fluctuante qui fait penser à un kyste du cordon du volume d'une cerise. Etant donné l'absence de selles, les vomissements, la tumeur inguinale, l'état du pouls, le diagnostic d'étranglement herniaire s'impose : Un bain chaud d'une demi-heure est donné à l'enfant, il n'amène aucun résultat satisfaisant. M. Porak nous engage à opérer le plus tôt possible ; en effet l'enfant s'affaiblit de plus en plus, pâlit, a des nausées.

A 10 heures : opération sous le chloroforme. L'incision du sac évacue une cuillerée à café de liquide citrin, on ne trouve pas de kyste du cordon. Dans le sac on trouve le cœcum et l'appendice vermiculaire. Le cœcum est violacé, d'un bon aspect ; l'appendice est long de 77 millimètres environ, pâle mais paraît sain. La réduction de l'intestin se fait facilement après débridement de l'anneau en haut et en dehors. Le sac très friable est fermé au catgut. L'anneau est aussi refermé par 3 point au catgut sur les aponévroses. Sutures de la peau au crin de florence. Pansement collodioné, puis bandage ouaté compressif.

Les suites opératoires furent bonnes, malgré une élévation de

température qui persista deux jours. Il n'y eut ni nausées, ni vomissements à aucun moment. Les premières gorgées de lait furent données à la cuiller, le 2<sup>e</sup> à 8 heures du matin, 10 heures à peine après l'opération, elles furent bien supportées. On renouvela alors les prises de lait tous les quarts d'heure (2 cuillerées à café) puis vers midi l'enfant prit 30 grammes de lait.

A 4 heures il eut une petite selle glaireuse. On put alors donner 40 grammes de lait environ, toutes les 2 heures.

A 5 heures, nouvelle selle plus abondante, verte.

A 10 heures du soir avant de donner un lavement de chloral (0,50 grammes) on obtient une nouvelle selle par un lavement simple.

Les 29 et 30 septembre, et le 1<sup>er</sup> octobre on fit tous les jours un grand lavage intestinal avec 400 grammes d'eau bouillie. L'enfant très agité les deux premiers jours devint plus calme. Il prit le sein pour la 1<sup>re</sup> fois le 30 septembre à 1 heure du matin.

Le 6 octobre on enleva les fils, il y avait un suintement superficiel qui se tarit en quelques jours et le 9 octobre l'enfant partait à la campagne complètement guéri.

*Aperçu de la feuille des poids de l'enfant F. Br..., 2 mois 1/2.*

Poids à la naissance, le 11 juillet : 4.100

Poids, le 26 juillet : 4.330

— le 16 août : 5.050

— le 2 sep. : 5.450

— le 21 sep. : 5.650

Opération le 27 septembre.

Poids le 7 octobre avec le pansement : 6.020

— le 8 octobre : 6.050

— le 9 octobre : 6.120

OBSERVATION V. (Inédite. A BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée. (Variété testiculaire). — Kélotomie. — Cure radicale. Guérison.*

S. ., Jean, âgé d'un mois, entre à l'hôpital Trousseau, le 2 janvier 1896, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels.* — L'enfant est né à terme et nourri au sein. — Il tousse depuis sa naissance, malgré cela son état général est satisfaisant.

Il présente de l'hypospadias.

On n'a aucun commémoratif sur la production de la hernie dont l'enfant est porteur.

Les accidents dus à l'étranglement ont débuté le 31 décembre 1895.

Depuis ce jour, l'enfant ne rend plus par l'anus ni matières fécales ni gaz.

Il a des vomissements fécaloïdes depuis le 1<sup>er</sup> janvier à 3 heures.

*Etat actuel.* — Il existe dans l'aîne droite une tuméfaction avec induration et empâtement de la région de l'anneau inguinal externe.

La tumeur est douloureuse.

On confirme le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée et on fait la kélotomie le jour même de l'entrée de l'enfant à l'hôpital (2 janvier).

*Opération.* — Incision de la peau et des parois molles, on arrive alors sur le sac et on constate qu'il ne contient pas de liquide.

L'anse étranglée appartient à l'intestin grêle. Elle présente une teinte violacée.

Il n'y a pas de perforation de l'intestin.

La hernie est testiculaire.

Le testicule est très congestionné et présente une teinte noire assez intense.

La hernie est réduite et l'on fait la cure radicale.

Les suites opératoires sont bonnes.

Le 20 novembre 1896, nous avons revu la tante de l'enfant, qui est actuellement à la campagne très bien portant.

OBSERVATION VI. (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie et cure radicale. — Guérison.*

L..., Georges, âgé d'un mois, entré à l'hôpital Trousseau, avec des symptômes d'étranglement herniaire, le 8 février 1897.

Cet enfant né à terme, nourri au sein pendant trois mois (en nourrice), au biberon après, présente des symptômes de rachitisme.

Il est porteur d'une hernie inguinale gauche depuis l'âge d'un mois. Cette hernie, d'ordinaire réductible, s'est étranglée subitement le 8 février, pendant une quinte de toux.

Le 9 février, à l'entrée du petit malade à l'hôpital, on constate une tumeur descendant jusqu'au testicule. Cette tumeur est rénitente et se prolonge dans le canal inguinal.

Après un essai infructueux de taxis sous le chloroforme on fait la kélotomie.

On fait l'incision des téguments, et aussitôt l'anneau inguinal externe débridé, la hernie rentre sous une pression fort légère.

On fait la cure radicale.

Guérison opératoire.

M. Bonnet a revu la famille, en 1898; l'enfant a succombé depuis à une autre maladie.

OBSERVATION VII. (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale étranglée (variété testiculaire)*. — *Kélotomie*. — *Guérison*.

R..., René, âgé de 3 mois, entre à l'hôpital Trousseau pour des accidents d'étranglement herniaire, le 14 juillet 1896.

C'est un enfant né avant terme (8 mois), qui porte une hernie inguinale droite, dont la présence a été constatée 8 jours après la naissance.

Le 13 juillet 1896, au soir, on s'est aperçu que la hernie était devenue dure, tendue et douloureuse. Depuis ce moment, l'enfant vomit et les selles sont suspendues. Un lavement est donné le 14 juillet au matin, mais ne produit aucun résultat.

A l'hôpital Trousseau, on porte le diagnostic d'étranglement herniaire et on pratique le taxis, doucement, sous le chloroforme, mais sans succès. On fait alors la kélotomie.

Opération le 14 juillet. On est en présence d'une hernie inguinale droite, variété testiculaire.

Le contenu du sac est constitué par une anse d'intestin grêle dont l'aspect n'a rien de suspect. On fait la réduction et la cure radicale.

Le 15 juillet, T. 39°, les jours suivants, apyrexie.

L'enfant sort le 21 juillet. La réunion s'est faite par première intention.

Nous avons pu voir les parents de l'enfant en novembre 1899. En 1898, l'enfant est mort d'une pneumonie. Le résultat opératoire était excellent.

OBSERVATION VIII. (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée avec ectopie intra-inguinale*. — (Observation recueillie par M. DESFOSSÉS, interne des Hôpitaux).

C..., Paul, âgé de 4 mois, entre à l'hôpital Trousseau le 8 avril 1896, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

C'est un enfant qui a été nourri au biberon ; il est bien portant, généralement, mais maigre.

Le 6 avril 1896, la mère de l'enfant s'aperçoit que celui-ci porte dans l'aîne droite une tumeur ; depuis ce moment, l'enfant vomit d'abord du lait puis des matières verdâtres.

A son entrée à l'hôpital, le 8 avril, le petit malade a les traits tirés et pousse des cris continuels.

Dans l'aîne droite, on trouve une tumeur du volume d'une noix, tendue, irréductible.

Le testicule gauche est dans les bourses ; à droite, le testicule n'est pas descendu.

Le taxis est pratiqué sans résultat. Les vomissements sont fréquents.

8 avril, 6 heures du soir. Opération. Incision de la peau sur le trajet du canal inguinal. Incision de la paroi du sac. Débridement du collet en haut. Réduction de l'anse intestinale qui est fortement congestionnée.

Le testicule est en ectopie dans le canal inguinal : on pratique la castration, le testicule étant atrophié et l'état de l'enfant demandant une intervention rapide.

Ligature et ablation du sac auquel le testicule se trouve adhérent. Points de sutures au catgut. Pansement au stérésol.

Dans la soirée, l'enfant a deux vomissements post-opératoires. Dès le lendemain, il se met à téter avec courage.

La guérison se fait sans incident.

La température oscille entre 36°5 et 36°8.

Réunion par première intention.

Le 4 mai, l'enfant sort complètement guéri.

OBSERVATION IX (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée (Variété testiculaire). — Kélotomie et cure radicale. — Guérison.*

A... Ernest, âgé de 4 mois 1/2, entre à l'hôpital Trousseau pour des symptômes d'étranglement herniaire, le 20 avril 1895.

Son grand-père maternel et un oncle maternel sont atteints de hernie.

L'enfant est porteur d'une hernie inguinale droite depuis l'âge de 1 mois.

Le 17 avril 1895, la hernie est devenue irréductible, elle a augmenté de volume et est douloureuse à la pression.

L'enfant a des vomissements verdâtres depuis ce jour.

Il n'a pas eu de selles depuis le 11 avril.

20 avril. On fait la kélotomie. La hernie est constituée par une anse d'intestin grêle, congestionnée, sans points de sphacèle.

On termine l'opération par la cure radicale.

21 avril. L'enfant a une selle, il ne vomit plus, T = 37°4.

21 avril. L'état général est excellent.

OBSERVATION X (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée. Kélotomie. — Cure-radical. — Guérison.*

Br... René, âgé de 4 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 23 mai 1897 pour des accidents d'étranglement herniaire.

On ne relève rien de saillant dans ses antécédents héréditaires.

Il est né à terme, nourri au sein maternel.

Il a depuis sa naissance une hernie inguinale droite pour laquelle il porte un petit bandage depuis l'âge de 11 jours.

Le 23 mai 1897, la hernie est sortie à 3 heures après-midi, malgré le bandage, est devenue irréductible.

Un médecin pratique le taxis en ville sans résultat.

L'enfant est alors porté à Lariboisière. Là, l'interne de garde essaye encore le taxis, mais sans succès. On conduit le petit malade à Trousseau, à 8 heures 45 du soir.

Le facies est bon, le pouls normal, la température également.

A l'examen on constate une hernie inguinale droite formant une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de dinde. La hernie est tendue et absolument irréductible.

Elle descend au contact du testicule, qu'on sent nettement à la partie inférieure de la tumeur.

Kélotomie sous chloroforme par M. Mouchet, interne du service, le 23 mai, à 9 heures du soir. Incision des téguments et de l'aponévrose du grand oblique,

La hernie ne rentre pas après cette incision. On observe une sorte de bride circulaire séparant la hernie en deux lobes : un, intra-inguinal, l'autre scrotal. Cette bride siège au niveau du point où la hernie franchit l'orifice cutané du trajet inguinal.

L'opérateur ayant attiré la hernie et le cordon avec le doigt, la hernie rentre. Il ouvre alors le sac et en fait la dissection. La séparation du cul-de-sac supérieur de la vaginale est très difficile, car celle-ci est très adhérente au sac, et se déchire pendant la dissection.

Le canal déférent est très adhérent au sac, en arrière.

On fait la ligature du sac au catgut et on termine l'opération par la cure radicale.

Le 24 mai. T = 38°, le matin. Le facies est excellent. Le soir, T = 39°. On constate une épididymite droite.

Le 25 mai, l'enfant quitte le service ; il y est ramené le 26 ; l'épididymite a diminué. La température est tombée.

Suites opératoires excellentes : réunion par première intention le 19 novembre 1896. Résultat parfait.

OBSERVATION XI. (Inédite. A. BROCA) — *Hernie inguinale droite étranglée avec ectopie testiculaire. — Kélotomie et cure radicale. — Mort le lendemain de l'opération.*

V..., âgé de 6 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 2 mai 1897, à 8 heures du soir, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

C'est un enfant vigoureux nourri, au sein. Il est porteur d'une hernie qui est devenue irréductible le 1<sup>er</sup> mai au soir.

Depuis ce jour absence totale de selles et de gaz.

L'enfant paraît souffrir beaucoup.

Le 2 mai, un médecin pratique le taxis sans résultat.

A son entrée à l'hôpital (2 mai au soir), le petit malade présente une hernie inguinale droite, irréductible, douloureuse à la palpation, tendue et du volume d'une grosse noix.

Le testicule droit n'est pas rentré dans les bourses, il est probablement en ectopie et masqué par la hernie.

Le testicule gauche est en place.

L'enfant a des vomissements fécaloïdes. Le facies est pâle, le pouls petit, les extrémités froides, pas de cyanose.

Kélotomie et cure radicale, le 2 mai, à 9 heures, par M. Mouchet, interne du service.

Incision des téguments au bistouri; on sectionne l'anneau inguinal externe aux ciseaux.

La hernie rentre alors spontanément.

Le testicule paraît alors entouré de la vaginale qui constitue le sac herniaire. On incise ce sac après avoir coupé la tunique fibreuse commune.

On fait alors la dissection du sac séparé, non sans difficulté, des éléments du cordon et la ligature de ce même sac au catgut et on termine l'opération par la cure radicale.

L'enfant a encore un vomissement fécaloïde au moment du réveil.

Le 3 mai, le pouls est assez faible mais le facies est bon et l'enfant prend le sein.

Le 4 mai. L'enfant meurt dans le courant de la journée. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION XII. (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée. — Réduction avant l'incision des téguments. — Cure radicale. — Guérison.*

M... Jean, âgé de 8 mois, entre à Trousseau, le 16 avril 1897, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

*Antécédents héréditaires.* — La grand'mère maternelle de l'enfant a une hernie double.

*Antécédents personnels.* — Né avant terme (7 mois).

La hernie que porte l'enfant a apparu trois mois après la naissance et atteint au sixième mois le volume d'un œuf de poule.

Le petit malade n'a jamais porté de bandage.

Les accidents ont débuté le 15 avril vers midi.

La mère s'est aperçu alors que le volume de la hernie de l'enfant avait augmenté et que celle-ci était devenue irréductible.

Depuis ce moment, l'enfant n'a plus de selles, il a des vomissements bilieux. Le facies est grippé, le ventre ballonné. Les cris sont incessants.

Opération le 17 avril. Le sac est très épais, manifestement enflammé. Il contient un peu de liquide, mais pas d'intestin. Dans une légère pression exercée avant d'inciser les téguments on avait senti un léger gargouillement et il avait semblé que la réduction s'était produite partiellement. Mais comme l'épaississement et l'empâtement de la région étaient encore considérables on n'avait pu affirmer la réduction et on avait opéré de suite.

Guérison opératoire.

Revu le 19 novembre 1899. Résultat parfait.

OBSERVATION XIII. (Inédite A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie et cure radicale. — Guérison.*

R..., Albert, âgé de 1 an, entre à l'hôpital Trousseau, le 9 novembre 1869 avec des symptômes d'étranglement herniaire.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels.* — L'enfant est né à terme, il a été élevé au sein.

Il était âgé de 4 mois lorsqu'on s'est aperçu qu'il avait une hernie inguinale droite et, depuis cette époque, il a porté un bandage, mais très mauvais, et qui ne maintenait pas la hernie.

Malgré le bandage, la hernie, une fois réduite, sortait de nouveau immédiatement.

Après un effort elle devenait plus volumineuse. Par le repos, elle diminuait de volume sans toutefois se réduire.

Le 5 novembre, la mère de l'enfant s'aperçut que la hernie était plus grosse que d'habitude, et il lui fut impossible de la faire rentrer.

Depuis ce moment, l'enfant paraît souffrir beaucoup. Il crie sans cesse et ne peut dormir.

Il a des vomissements dès qu'il prend quelque chose.

Depuis le 6 novembre, l'enfant n'a eu ni selles ni gaz par l'anus. Cette constipation opiniâtre avait été précédée, le jour même du début des accidents, d'une diarrhée assez abondante.

*État actuel.* — L'enfant a dans l'aîne droite une tumeur volumineuse et douloureuse. La peau qui la recouvre est sillonnée par des veines augmentées de volume. Les téguments de la partie inférieure du scrotum sont particulièrement enflammés et présentent une teinte rouge vif accentuée.

Le testicule occupe la partie inférieure et antérieure de la tumeur. Celle-ci est dure en haut, fluctuante à la partie inférieure. Elle semble se continuer en haut dans le canal inguinal par un pédicule volumineux et tendu.

L'état général n'est pas trop mauvais. Le petit malade n'est pas déprimé. Le poulx est cependant petit et mal frappé. Les extrémités ne sont pas refroidies. Le facies n'a rien de l'aspect abdominal.

Kélotomie le 9 novembre. Il n'y a pas de liquide dans le sac. Le contenu de la hernie est formé par la partie inférieure du cœcum avec l'appendice iléo-cœcal et l'extrémité de l'iléon.

L'anneau interne est assez distendu et on peut y introduire l'index.

Après réduction et résection du sac on fait la cure radicale.

Suites opératoires excellentes.

19 novembre 1899. Revu en très bon état.

OBSERVATION XIV. (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée.* — *Kélotomie et cure radicale.* — *Guérison.*

Ch..., Victor, âgé de 13 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 24 mars 1896, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels.* — Né à terme, nourri au biberon, sevré à 9 mois.

L'enfant a depuis sa naissance une petite hernie inguinale droite. Cette hernie était maintenue par un bandage en caoutchouc que l'enfant portait nuit et jour.

Les accidents dus à l'étranglement ont débuté le 23 mars 1896; ce jour là, à la suite d'une quinte de toux occasionnée par de la bronchite, la hernie a augmenté de volume, est descendue dans le scrotum et n'a pu être réduite. C'est pourquoi l'enfant a été apporté à l'hôpital.

*État actuel.* — On est en présence d'une hernie inguinale droite funiculaire, dont le volume est égal à celui d'un œuf de cane.

La hernie est tendue et douloureuse, surtout au collet.

L'enfant a des vomissements depuis le matin du 23 mai. Il a eu une dernière selle dans l'après-midi de ce même jour.

L'état général est assez bon.

Kélotomie le 24 mars après anesthésie chloroformique par M. Baudet, interne du service.

Incision des téguments et ouverture du sac, on trouve un épanchement liquide dans ce dernier.

L'agent de l'étranglement est constitué par le collet du sac. L'anneau interne est large, on n'est pas obligé de le débrider.

L'anse étranglée appartient à l'intestin grêle.

L'état de l'intestin est satisfaisant.

La hernie est réduite et la cure radicale est faite sans drainage.

OBSERVATION XV (Inédite. A. BROCA). — *Hernie inguinale gauche non étranglée. — Cure radicale. — Hernie inguinale droite étranglée quelque temps après. — Kélotomie.*

Col..., Maurice, âgé de 19, mois entre à l'hôpital Trousseau le 8 février pour hernie inguinale gauche.

*Antécédents héréditaires.* — Le grand-père paternel de l'enfant avait une hernie. Aucune particularité à signaler du côté maternel.

*Antécédents personnels.* — L'enfant a été élevé au biberon et à la farine lactée. Il a commencé à marcher à l'âge de 17 mois.

Il a depuis sa naissance une hernie inguinale gauche pour laquelle il a été amené à Trousseau à l'âge de 2 mois et on lui a fait porter un bandage nuit et jour depuis ce temps. Depuis qu'il marche, la hernie augmente de volume.

*État actuel.* — Testicules normaux; le testicule gauche est remonté vers l'anneau.

Phimosis léger. Signes légers de rachitisme. Des deux côtés, les anneaux inguinaux externes sont larges. A gauche, hernie du volume d'une noix facilement réductible.

A droite, on remarque qu'il y a une pointe de hernie que la mère n'avait pas constatée.

15 février. Cure radicale de la hernie gauche. Sac funiculaire.

24 février. Les fils sont enlevés ; la plaie est en bon état et la réunion s'est bien faite. La hernie droite est devenue très volumineuse, mais réductible.

28 février. L'enfant a depuis le matin des vomissements alimentaires, puis bilieux. La température est de 38°.

Le scrotum est distendu par une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, indépendant du testicule et dont le pédicule remonte vers l'anneau. La tumeur est rénitente.

On pense à un étranglement herniaire et l'on fait la kélotomie.

*Opération.* — Après la section de l'aponévrose du grand oblique, on voit apparaître le sac herniaire présentant au niveau de l'anneau externe un étranglement dû à un épaississement fibreux. Après section de cette bande fibreuse, on ouvre le sac, qui est volumineux. Dans le sac se trouve une anse d'intestin grêle longue de 30 centimètres et de couleur violacée.

L'enfant paraissait aller très bien, quand il est mort brusquement le 2 mars. La nécropsie n'a pu être faite.

*OBSERVATION XVI. Hernie inguinale droite étranglée (variété interstilielle) chez un enfant atrepsique de 1 mois 1/2.*

Cette observation, recueillie dans le service de M. le docteur Pôrak, à la Maternité a été l'objet d'une communication de M. le docteur Durante à la Société anatomique le 24 juin 1898.

Ch. Roger, né le 4 mai 1898 entre aux Débiles le 15 mai 1898.

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| Poids initial.....           | 2000 gr. |
| Le 5 mai 1898.....           | 1900 —   |
| Le 1 <sup>er</sup> juin..... | 2025 —   |
| Le 13 — .....                | 2205 —   |

Cet enfant a presque continuellement des selles vertes.

Le 14 juin 1898, il a des vomissements bilieux, fétides, son poids tombe à 2225 gr.  $T = 36^{\circ}7$ . Il n'a pas de selles.

Le 15 juin, vomissements fécaloïdes, pas de selles, facies grippé,  $P = 2205$  gr.

Le 16 juin.  $P = 2100$ .  $T = 36^{\circ}2$ , vomissements fétides.

On fait un lavage de l'estomac et une injection de sérum.

Les selles sont toujours suspendues. Le facies très grippé. L'enfant meurt ce jour-là.

À l'autopsie, on trouve l'intestin grêle un peu plus volumineux que le gros intestin. En tirant sur l'intestin grêle, on sent une petite résistance qui cède et on retire du canal inguinal un segment intestinal de 4 centimètres de long, rouge, vascularisé et présentant au-dessus et au-dessous deux étranglements nets.

Le testicule est encore à l'anneau.

On trouve au niveau du canal inguinal une cavité interstitielle d'environ 1 centimètre de profondeur, inclinée en arrière et au-dessous de laquelle est logé le testicule.

C'est là que l'intestin s'était étranglé sans qu'on ait pu soupçonner cet accident pendant la vie.

OBSERVATION XVII (A. BROCA). — *Hernie inguinale droite contenant l'appendice iléo-cæcal étranglé.* (In Th. Renault, Paris, 1899).

Jacques S..., âgé de 16 jours, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 28 janvier 1897.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. La mère a eu 3 enfants, ce sont trois garçons ; le premier, né à 6 mois n'a pas vécu, le deuxième est né à 8 mois et le troisième à 8 mois et demi. Ce dernier est l'enfant en question.

Jusqu'au samedi 23 janvier, l'enfant était bien portant. Il tétait bien et allait régulièrement à la selle. Dans le courant de la journée, la mère constate l'existence d'une petite grosseur dans la région inguinale droite. Elle ne peut la réduire et le lendemain, le même état local persiste. L'enfant tète bien, ne vomit pas et va régulièrement à la selle. La famille fait venir un médecin qui pratique un taxis sans résultat. Au cours et à la suite d'une seconde tentative, faite également sans résultat le lendemain, l'enfant crie beaucoup.

Le mardi matin 26 janvier, la mère s'aperçoit que la tumeur est un peu plus grosse, rouge violacée par place et douloureuse à la pression.

L'alimentation est toujours assez régulière et l'expulsion des matières et des gaz a lieu comme à l'ordinaire. Voyant que cet état persiste la mère vient consulter à l'hôpital.

*État actuel.* — L'enfant, petit, paraît jouir d'un état général médiocre ; il crie beaucoup et d'une façon continue. Nous lui voyons prendre facilement le sein ; il ne vomit pas.

Les linges qui l'enveloppent ne sont pas tachés par des matières et la mère nous dit que son enfant n'en rend plus depuis 24 heures. Mais, interrogée à nouveau, la mère reconnaît que ce matin même il y avait quelques matières dans les linges.

Il n'existe aucune plaie aux membres inférieurs pas plus qu'à l'abdomen et au scrotum.

L'abdomen souple dans toutes ses parties n'est pas distendu et n'est pas sensible à la pression.

Les bourses sont œdématisées et on note l'ectopie testiculaire du côté droit.

Il existe dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, oblongue et obliquement descendante vers la racine des bourses dont elle est séparée par un sillon cutané profond. La peau qui recouvre la tumeur est tendue, luisante, rouge et chaude. A la palpation, on reconnaît qu'elle est douloureuse, œdématisée et mobile sous les plans sous-jacents. La tumeur n'est pas mobile mais adhérente au-devant du pubis, la consistance en est ferme et il est impossible de trouver de la fluctuation.

En présence de ces symptômes locaux, la constipation étant incomplète et les vomissements absents, M. Broca laisse le diagnostic hésitant entre un abcès chaud inguinal, peut-être ganglionnaire, et une hernie étranglée. En tout cas, l'indication était d'opérer et l'intervention fut confiée à M. Courty, interne du service, tout étant préparé pour une cure radicale possible.

Le chloroforme est administré par M. Pasquier, externe ; dès les premières contractions déterminées par l'anesthésique, l'enfant rend des gaz et des matières par l'anus. On fait une incision oblique, comme pour une cure radicale, la peau est œdématisée et présente des ecchymoses.

La tumeur qui ferme l'orifice inguinale est très tendue. Une petite

piqûre est faite à la surface et aussitôt il y a une brusque issue de liquide. L'ouverture est agrandie et le liquide restant est hématique, sans caillots. La poche dont les parois sont ecchymotiques présente quelques petites fausses membranes fibrineuses et renferme une anse de petit volume et de couleur lie de vin.

Le calibre de cette anse est uniforme et semblable à celui d'un crayon ordinaire. On a vite fait de reconnaître l'appendice iléo-cœcal étranglé à sa base, sans éraillure apparente mais dont la surface est dépolie.

Le collet du sac est extrêmement étroit et ne permet pas la réduction de la portion herniée ; avec la sonde cannelée on le débride au niveau de la partie supéro-externe. On essaie de réduire l'appendice, mais une contraction de l'enfant fait hernier une anse d'intestin grêle et le cœcum. La réduction de l'anse de l'intestin grêle est facile, mais il n'en est pas de même du cœcum. Ce dernier présente sur la partie qui est en avant la terminaison de l'iléon réunie par un petit méso, sans fossette, au premiers tiers de l'appendice dont la base s'implante au-dessus et plus en dehors que l'iléon. On met deux points en chaîne sur le méso-appendice et on le sectionne au ras de l'appendice. Ce dernier est ensuite réséqué à six ou huit millimètres de son insertion ; l'intérieur renferme du mucus très épais.

La tranche est touchée au thermo-cautère que l'on promène également sur le contour extérieur.

Avec une pince on saisit le bord libre du moignon appendiculaire et après avoir trouvé la bonne direction on peut l'invaginer en totalité dans le cœcum en le retournant comme on ferait d'un doigt de gant.

Après cette invagination, il existe sur le plan de la paroi cœcale une petite fente linéaire qui est fermée avec deux points réparés à la soie.

On tente en vain de réduire le cœcum dont l'adhérence postérieure descend au niveau de l'orifice inguinal. On incise alors la paroi antérieure du canal inguinal, ce qui permet la réduction du cœcum que l'on fait basculer de bas en haut et d'arrière en avant. Pendant tous ces temps opératoires, on n'a vu le testicule. On dissèque alors le sac qui est réséqué, après ligature, au niveau du collet. On place deux points de suture sur les piliers et on suture la peau. Enfin, on applique un pansement occlusif.

La mère emporte son enfant chez elle. Le 29 janvier, lendemain

de l'opération, l'enfant tête comme à l'ordinaire et n'a pas de fièvre.

Le 5 février, on enlève le pansement souillé par l'urine et on fait l'ablation des fils. La plaie est réunie. L'état général s'est amélioré.

L'enfant est revu le 27 avril 1897 ; il jouit d'une excellente santé. Il n'y a aucune tendance à la récurrence herniaire, mais l'orifice inguinal bien fermé n'a pu permettre la descente du testicule.

OBSERVATION XVII (A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée contenant le cœcum, l'appendice et 0<sup>m</sup>20 d'intestin grêle.* — (In. Th. RENAULT, Paris 1898).

B..., Henri, âgé de 4 mois, est apporté, le 14 février 1895, à la consultation de l'hôpital Trousseau. Les antécédents héréditaires ne révèlent aucune trace de hernie dans la famille. L'enfant a une hernie inguinale droite depuis sa naissance. La hernie est devenue irréductible depuis deux jours. Il y a arrêt complet des matières et des gaz et il y a eu un vomissement de couleur verdâtre.

La diagnostic d'étranglement herniaire est immédiatement posé à la consultation et l'intervention décidée séance tenante.

*Opération.* — La kélotomie permet de constater que le sac contient le cœcum, qui est très mobile et dépourvu de méso, l'appendice et environ 20 centimètres d'intestin grêle. Après débridement de l'étranglement, les viscères sont réduits dans l'abdomen sans difficulté.

La réduction faite, on pratique la cure radicale.

Le sac est disséqué, séparé du testicule et lié en masse. On fait la suture des piliers, puis de la peau.

Les suites opératoires ont été fort simples et l'apyrexie complète, bien qu'on n'ait pas hospitalisé l'enfant à cause de son jeune âge. Il a été revu le 23 mars 1895, la cicatrice est en bon état et la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIX (A. BROCA). — *Hernie inguinale droite contenant l'appendice et une anse d'intestin grêle, étranglement de celle-ci.* — (In. Th. RENAULT, Paris 1898).

E..., Marcel, âgé de 21 mois, est apporté à l'hôpital Trousseau, le

5 juin 1894. Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons la présence de deux hernies chez son père et d'une chez son grand-père paternel. Il y a 3 mois les parents se sont aperçus d'une grosseur indolore dans l'aîne droite ; ils n'ont pas fait porter de bandage à l'enfant.

Depuis trois jours, la hernie a beaucoup grossi : il y a de la constipation, des vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux.

Actuellement le ventre est ballonné, la hernie est dure, volumineuse, sensible à la pression, elle occupe les bourses qu'elle distend et est absolument irréductible. La tumeur est indépendante du testicule ; elle présente à mi-hauteur environ un rétrécissement circulaire qui lui donne légèrement la forme en bissac.

La kélotomie est faite séance tenante ; le sac contient avec un peu de liquide sanguinolent une anse d'intestin grêle étranglée par une bride circulaire du sac, située un peu au-dessous de l'anneau externe et n'ayant nullement cédé après la fente du plan musculo-aponévrotique qui forme la paroi du canal. Le mésentère est très épaissi. Après débridement complet, on voit dans le haut du canal l'appendice non étranglé fixé par un petit méso. On fait la ligature du sac, puis on place les sutures sans drainage.

Le premier pansement a été fait le 13 juin, la réunion est complète.

L'enfant n'a pas été hospitalisé et la température du matin n'a pas dépassé 37°4.

La guérison était absolument complète le 1<sup>er</sup> juillet.

OBSERVATION XX (A. BROCA). — *Hernie inguinale étranglée (Bride épiploïque dans le sac)*. — D'après la Th. de TALANDIER (Paris, 1898).

B... Emile, âgé de 19 mois, entre à l'hôpital Trousseau le 21 mars 1896, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

*Antécédents héréditaires*. — Le père de l'enfant a une hernie inguinale gauche.

*Antécédents personnels*. — L'enfant est né à terme et nourri au sein jusqu'à l'âge de 12 mois.

Il a une hernie inguinale gauche depuis l'âge de 7 mois et porte depuis ce temps un bandage en caoutchouc.

Le 19 mars 1896, la hernie, qui ressortait habituellement et était mal contenue, ne put rentrer. Elle devint douloureuse.

Le 20 mars, l'enfant a des vomissements. Il a rendu toute la nuit précédente des matières jaunâtres.

Le 20 mars, il n'a uriné qu'une fois et depuis le début des accidents, n'a rendu ni matières ni gaz par l'anus.

A l'examen du malade, à son entrée (le 21 mars), on trouve une hernie inguinale gauche funiculaire, très tendue.

La peau qui la recouvre est rouge et œdématée.

Kélotomie le 21 mars 1896 par M. Courtillier, après anesthésie chloroformique.

On trouve dans le sac un liquide hématique.

Le contenu de la hernie est constitué par une anse d'intestin grêle présentant des hématomes de la paroi et des adhérences avec une bande épiploïque.

C'est le collet du sac qui est l'agent de l'étranglement. On le sectionne, on réduit l'intestin et on fait la cure radicale.

Suites opératoires bonnes. Le 28 mars, on enlève les fils. La réunion s'est faite par première intention et l'enfant sort le 3 avril 1896.

OBSERVATION XXI (A. BROCA). — *Hernie inguinale droite étranglée à plusieurs reprises, opérée à froid.* — In thèse de Bonnet (Paris 1898).

L... Albert, 24 mois.

Entré à l'hôpital Trousseau le 3 janvier 1898 ; sorti le 9 janvier 1898.

*Histoire de la hernie.* — Il y a huit mois, la mère s'aperçut de l'existence d'une hernie inguinale droite, assez facilement réductible. Depuis 2 mois, à plusieurs reprises, les digestions sont difficiles, l'enfant a des vomissements et du hoquet quelques heures après le repas.

29 décembre : vomissements répétés, hoquets nombreux ; le volume de la hernie augmente sensiblement, la tumeur devient dure et difficilement réductible. L'enfant entre à l'hôpital le 3 janvier.

4 janvier. Cure radicale, par M. Mouchet, interne des hôpitaux.

Sac funiculaire présentant au niveau de l'anneau cutané un épaississement annulaire manifeste.

Léger réseau vasculaire à sa face interne. Les éléments du cordon étaient plus adhérents là qu'au reste du sac.

9 janvier ; réunion par première intention.

OBSERVATION XXII (A. BROCA). — *Hernie inguinale étranglée depuis 24 heures. Présence de la trompe dans le sac.* — (In Th. de Vassal, Paris 1895).

L. A., 14 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, le 31 mai 1894, dans le service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par M. Broca.

Pas de hernie du côté paternel. Le grand-père maternel avait une hernie. Un enfant du premier lit (B. F.) a été opéré par M. Broca.

Début à l'âge de 3 semaines : la mère remarque une grosseur à l'aîne. Application d'un bandage de 3 à 5 mois, qu'on supprime ensuite pendant 4 mois. A cette époque, c'est-à-dire à l'âge de 9 mois la hernie reparait.

Elle est opérée à la garde, par M. Walther. Elle contenait un petit étranglement avec de l'intestin grêle, plus la trompe qu'on a réduite.

Le 9 juil. Ablation des fils, réunion complète. T. 37°4, après l'opération, 37° les jours suivants. Mai 1895. La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XXIII (A. BROCA). — Résumée d'après la thèse de TARIEL.

Br... Eugène âgé de 18 jours, entre à l'hôpital Trousseau le 21 janvier 1893, pour des symptômes d'étranglement herniaire.

Depuis la veille au soir il n'a pas eu de selles ; il a eu quelques vomissements.

A l'examen, la région inguinale droite et le haut du scrotum sont souples, indolents. Le testicule est gros et douloureux.

Œdème du scrotum à droite avec œdème concomitant de la verge.

Il n'y a cependant aucune cause appréciable d'orchite.

En présence de ces symptômes locaux d'apparence surtout inflammatoire, on applique des compresses d'eau boriquée sur le scrotum.

Le 23 janvier, l'enfant est revu. Les phénomènes fonctionnels sont nettement ceux de l'étranglement.

Kélotomie. Ouverture du sac. On trouve un pincement latéral d'une anse d'intestin grêle dans un orifice funiculo-vaginal.

Le testicule et l'épididyme sont gros, durs, congestionnés.

Autour du testicule, exsudat couenneux dans la vaginale.

Autour de la portion étranglée de l'intestin est une couronne d'exsudat sanguin sous-péritonéal,

On réduit l'intestin mais on ne fait pas la cure radicale et on draine le canal vagino-péritonéal avec une mèche de gaze iodoformée. Trois points de suture superficiels.

Le 25 janvier, l'enfant a trois selles.

Le 26 janvier, il sort en bon état.

Le 30 janvier, on remarque qu'il sort des matières fécales par la plaie quoique l'enfant aille régulièrement à la selle par l'anus.

Le 6 février, la fistule stercorale est bouchée, l'enfant a des vomissements qui sont attribués à une mauvaise alimentation.

Le 7, l'enfant est très mal, mais il n'y a rien du côté de la plaie.

Le 12, l'enfant est guéri et l'état local parfait.

Il est revu le 2 octobre 1893. On constate que l'anneau inguinal est large et que le testicule y rentre comme une bille.

Nous avons revu l'enfant Br... Eugène, le 19 novembre 1899, la guérison est parfaite.

OBSERVATION XXIV. — *Hernie inguinale droite étranglée. Le contenu du sac est constitué par l'appendice iléo-cæcal.* — Observation tirée des cliniques de M. le docteur LE DENTU, et résumée d'après la thèse de Alti (Paris 1894).

Enfant âgé de 4 mois.

La mère du petit malade s'est aperçue 3 jours auparavant de la présence d'une tumeur au pli de l'aîne droite de son enfant. Depuis ce moment, l'enfant n'a pas eu de selles. Il vomit après chaque tétée. Le taxis n'a pas été pratiqué.

Cryptorchidie du côté de la hernie.

Dans la région inguinale droite, on trouve une petite tumeur, dure comme une bille, adhérente aux parties sous-jacentes. Cette tumeur est douloureuse. La peau qui la recouvre est rouge.

A l'incision, on trouve le testicule et l'épididyme noirs surmontés d'une petite tumeur également noire (hématome du cordon).

On trouve dans le sac l'appendice iléo-cœcal, dont l'extrémité est étranglée, et se trouve réunie à la séreuse, qui correspond à l'anneau externe, par un méso très court.

Les deux tumeurs formées par le testicule et l'appendice sont enlevées. Suites régulières.

OBSERVATION XXV. — *Hernie inguinale étranglée, consécutive à la ponction d'un kyste congénital du cordon chez un enfant de 33 jours.* — D'après une communication faite à la Société de chirurgie le 18 janvier 1898 par M. le docteur LATOUCHE, d'Autun.

A la suite de la ponction du kyste du cordon que l'enfant portait depuis sa naissance, la hernie inguinale se produit brusquement et s'étrangle.

M. Latouche opère immédiatement et l'enfant guérit parfaitement

## CONCLUSIONS

I. La hernie inguinale étranglée est moins fréquente dans le premier âge que dans l'adolescence et l'âge mûr. Elle n'est pourtant point rare chez le jeune enfant. Dans ce cas c'est dans les premiers mois de la vie que l'étranglement herniaire se remarque le plus souvent.

II. L'étranglement herniaire se rencontre d'ordinaire chez des sujets déjà porteurs de hernies, il peut néanmoins se produire d'emblée.

III. Chez l'enfant, le sac herniaire est très mince. Les lésions des parties herniées sont moins accentuées à proportion que chez l'adulte. On trouve rarement de l'épiploon dans le contenu du sac.

IV. Dans le premier âge, les symptômes généraux, et en particulier les symptômes d'ordre nerveux sont rapidement graves, à l'occasion d'un étranglement herniaire.

Les phénomènes inflammatoires sont parfois très accusés, du côté des téguments.

V. Le diagnostic de la hernie inguinale étranglée est parfois très difficile chez le nourrisson. La hernie peut être petite et les symptômes dus à l'étranglement peuvent simuler jusqu'à un certain point ceux que l'on rencontre dans certaines affections de voies digestives, particulièrement dans l'athrepsie.

Il ne faudra donc pas, en présence de certains accidents

gastro-intestinaux s'exposer à méconnaître un étranglement herniaire. D'où la nécessité d'examiner soigneusement, dans les cas douteux, la région du canal inguinal.

VI. Le taxis réussit souvent bien chez l'enfant. On devra en exécuter les manœuvres avec une grande douceur. Ce procédé de réduction sera surtout appliqué aux étranglements récents. Si le taxis échoue et si le début des accidents est déjà éloigné, on aura recours à la kélotomie, suivie de cure radicale, toutes les fois que l'état de l'anse intestinale étranglée le permettra.

Vu par le président de la thèse,  
TILLAUX

Vu :  
Par le Doyen,  
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE

- Alti.** — L'appendice iléo-cœcal et ses hernies. Th. Paris, 1894.
- Bezançon.** — Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et de son traitement. Th. Paris, 1892.
- Blum.** — De là cure radicale de la hernie non étranglée chez le nourrisson. Th. Nancy, 1897.
- Bonnet.** — Cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant. — Th. Paris, 1898.
- Bouchut.** — Traité pratique des maladies du nouveau-né.
- Broca (P).** — Maladies chirurgicales des enfants.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie. T. VI.
- Duret.** — Variétés rares de la hernie inguinale. Th. d'agrégation, Paris, 1883.
- Félizet.** — Les hernies inguinales de l'enfance.
- Féré.** — *Revue de chirurgie*, 1881. — Note sur l'étranglement herniaire des enfants à la mamelle et sur l'apoplexie testiculaire qui peut en être la cause.
- Gazette hebdomadaire*, 9 avril 1892. — Art. de Guelliot.
- Grancher, Comby et Marfan.** — Traité des maladies de l'enfance.
- Holmes.** — Maladies chirurgicales des enfants. Trad. de Larcher, 1870.
- Karensky.** — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892.
- Le Dentu et Delbet.** — Traité de chirurgie. T. VII.
- Launois** — in *Revue de Chirurgie*, 1883. Art. Hernies étranglées de l'enfance.
- Meyer.** — Uber Brucheinklemmung in Klindesalter. Th. de Gœttingen, 1897.

+ thèse d'agrégation de 1853.

- Ramonède.** — Le canal péritonéo-vaginal et les hernies péritonéo-vaginales étranglées.
- Rémy.** — *in Journal de clinique infantile* (13 décembre 1893).
- Renault.** — Hernies du cœcum et de l'appendice chez l'enfant. Th. Paris, 1898.
- Talandier.** — De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant. Th. Paris, 1898.
- Tariel.** — Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. Th. Paris, 1894.
- Tillaux.** — Anatomie topographique.
- Tillaux** — Cliniques.
- Vassal.** — De la hernie inguinale chez la femme et plus particulièrement chez la petite fille. Th. Paris, 1895.



